Digitized by the Internet Archive
in 2012 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/considrationspra00berm

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE,

SUIVIES

D'UN ESSAI SUR LES TUBERCULES,

D'APRÈS LES

TRAVAUX CLINIQUES LES PLUS RÉCENS

DE M. LE PROFESSEUR LALLEMAND;

PAR M. F. A. EUGÈNE **BERMOND**,

CHIRURGIEN CHEF-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU-SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER, EX-CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE, PAR CONCOURS, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, EX-VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE D'ÉMULATION, PROFESSEUR PARTICULIER D'ANATOMIE, ETC.

MONTPELLIER.

LOUIS CASTEL, Libraire-Éditeur, Grand'rue, N° 32.

PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, Libraire, rue de l'École de Médecine, N° 13 *bis*.

BRUXELLES.

J.-B. TIRCHER, au Dépôt de la Librairie médicale française, rue de l'Étuve, N° 20.

1837.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE,

SUIVIES

D'UN ESSAI SUR LES TUBERCULES.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE,

SUIVIES

D'UN ESSAI SUR LES TUBERCULES,

D'APRÈS LES

TRAVAUX CLINIQUES LES PLUS RÉCENS

DE M. LE PROFESSEUR LALLEMAND;

PAR M. F. A. EUGÈNE **BERMOND**,

CHIRURGIEN CHEF-INTERNE DE L'HÔTEL-DIEU-SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER, EX-CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE, PAR CONCOURS, DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE, EX-VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE D'ÉMULATION, PROFESSEUR PARTICULIER D'ANATOMIE, DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, ETC.

MONTPELLIER.

LOUIS CASTEL, Libraire-Éditeur, Grand'rue, N° 32.

PARIS.

GERMER-BAILLIÈRE, Libraire, rue de l'École de Médecine, N° 13 *bis*.

1837.

A Monsieur F. LALLEMAND,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔPITAL St-ÉLOI, MEMBRE DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

Monsieur,

Les fonctions que j'exerce à l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi m'ont permis d'être le témoin assidu d'un grand nombre de faits instructifs, que vous avez rendus féconds en résultats utiles pour la science. Possesseur de matériaux précieux dont votre Enseignement clinique a fait ressortir la haute portée, je m'estime

heureux d'avoir été encouragé par vous à les publier.

L'Opuscule que je vous dédie en ce jour, contient, dans un 1er Mémoire, le résumé des intéressans travaux que vous avez naguère ajoutés à ceux dont vous aviez enrichi l'histoire des Rétrécissemens de l'urètre. J'ai essayé d'exposer avec exactitude les modifications que l'expérience et de nouveaux faits vous ont conduit à adopter sur divers points de théorie et de pratique.

Le 2e Mémoire renferme la doctrine que vous professez sur la Tuberculisation.

Je saisis avec empressement cette occasion pour vous remercier personnellement de la bienveillance avec laquelle vous faites participer ceux qui vous entourent, à une association large et désintéressée de vos idées. En méde-

cine, de même que dans les sciences morales et politiques, vous aimez et défendez avec énergie l'indépendance et l'activité dans la communication des opinions, parce qu'en elles se trouve la condition du progrès et des découvertes utiles à l'humanité. Aux sentimens de l'estime publique que vous a valu depuis long-tems l'élévation de vos pensées, je me fais un devoir d'ajouter le témoignage de ma reconnaissance et de mon dévouement, pour les soins que vous avez bien voulu donner à mon instruction et pour les bontés dont vous m'avez honoré.

E. BERMOND.

PREMIER MÉMOIRE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

SUR LES

RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE.

Malgré les publications nombreuses et importantes qui ont paru dans ces derniers tems sur les rétrécissemens de l'urètre, tout n'a pas été dit sur les méthodes thérapeutiques qui leur conviennent. Certes, on n'accusera pas la pénurie des procédés imaginés jusqu'à ce jour, ni celle des instrumens qui ont été préconisés et soumis eux-mêmes, plus tard, à des modifications diverses. A la méthode de la dilatation sont venus se rallier le cathétérisme forcé de M. Mayor et les injections de

vive force de Sœmmering, Bruninghausen, de MM. Amussat, Citadini et Serres d'Uzès. Aux incisions concentriques ou externes appartiennent les procédés et les instrumens de MM. Eckstrom, Arnott, Groniser et Cox. On connaît encore ceux de Dorner, de MM. Physick, Ashmead; les urétrotomes de MM. Amussat et Dieffenbach pour les scarifications du canal, proposées par M. Despiney de Bourg. M. Lallemand, en modifiant d'une manière si utile les porte-caustiques de Ducamp, a trouvé des imitateurs dans MM. Ségalas et Pasquier. Tout récemment, à la place du nitrate d'argent, M. Wathely a voulu employer, comme caustique, la potasse, et M. Jobert de Lamballe, l'alun calciné. Parmi ces innovations, il en est qui sont peu heureuses ou dépourvues encore de la sanction de l'expérience. Le plus petit nombre a pris une place définitive dans la thérapeutique des rétrécissemens. Notre but n'est pas d'en faire ici une appréciation comparative. Ce sera assez pour nous de donner un rapide résumé des progrès récens qu'a imprimés M. le Pr Lallemand à une partie de la science sur laquelle il a jeté tant de lumières. Le nombre considérable de malades que lui attire une juste célébrité, ne

pouvait manquer de lui inspirer des vues nouvelles. Aussi serait-ce vainement qu'on irait puiser dans son ouvrage (1) l'inventaire de ses opinions et de ses ressources thérapeutiques. On ne le trouverait pas davantage dans les écrits les plus récens où son nom se trouve mêlé. La multitude de faits qui se sont passés sous nos yeux à l'Hôtel-Dieu-St-Éloi, nous a excité à remplir cette lacune, en insistant sur les divers points de l'histoire des rétrécissemens où la pratique du professeur de Montpellier est empreinte d'un caractère spécial. Si l'on est surtout d'accord aujourd'hui pour se plaindre de l'obscurité qui règne dans le choix des méthodes convenables aux diverses espèces de coarctations, on verra par la seule distribution de notre travail, combien les travaux cliniques de M. le Pr Lallemand tendent avec bonheur à la solution de ce problème difficile. Les faits qui justifient la préférence accordée à des moyens curatifs spéciaux dans les différentes catégories, ont été semés en petit nombre ou analysés brièvement, afin de ne pas donner trop d'extension

---

(1) Observations sur les maladies des organes génito-urinaires. Paris—1827—2 vol. in-8°.

à un simple aperçu des idées que les occupations de M. Lallemand ne lui ont pas encore permis de populariser.

CHAPITRE I.

Il est convenu aujourd'hui de refuser le nom de rétrécissement aux compressions de l'urètre exercées par des tumeurs diverses qui lui sont extérieures, de même qu'aux obstacles apportés à l'émission des urines par la présence de corps étrangers engagés dans le canal. En élaguant ces simples modifications de calibre, sans diminution réelle de capacité, on peut élever en proposition générale, que presque toujours les rétrécissemens de l'urètre sont le résultat immédiat ou éloigné d'une inflammation. L'exception ne porte que sur les rétrécissemens spasmodiques, bien que leur coïncidence fréquente avec une phlogose plus ou moins vive ait conduit Béclard à les comprendre dans les inflammatoires.

On peut assister en quelque sorte au mécanisme de la formation des rétrécissemens, en observant ceux qui se développent au méat urinaire. Tantôt ce sont des ulcérations véné-

riennes de cet orifice dont les bords entraînés par un effort de cicatrisation, viennent se confondre dans une étendue variable. Tantôt, sous l'influence d'une simple phlogose qui a déterminé dans l'extrémité du gland une augmentation de sensibilité, de volume et d'afflux sanguin, la congestion, après avoir duré un certain tems, laisse dans le tissu où elle s'est opérée, une matière gelatino-albumineuse qui s'épaissit, s'organise et constitue un tissu nouveau. En saisissant avec les extrémités des doigts la portion correspondante au méat, on sent que le tissu qui entre dans sa composition est devenu presque corné : c'est une sorte de noyau dur entourant l'orifice en manière d'anneau plus ou moins épais, se prolongeant quelquefois dans l'intérieur en forme d'entonnoir, et contrastant par sa coloration blanchâtre autant que par sa consistance avec l'aspect rosé et la souplesse élastique du reste du gland. Dans ces deux variétés de rétrécissemens, c'est toujours en définitive un tissu induré, une cicatrice, que l'on observe. C'est un effet identique revêtant seulement deux formes différentes. Nous reviendrons plus tard sur la description de ces rétrécissemens du méat urinaire, un peu trop négligée jusqu'à ce jour.

Les phénomènes qui viennent d'être exposés ne diffèrent en rien de ceux qui président à la formation des rétrécissemens situés dans un point quelconque de la longueur du canal. Partout, de même qu'au méat, ils ont une seule et même origine, l'inflammation. Ils en traduisent la dernière période, en se rangeant sous deux catégories. Dans la première, sont les cicatrices proprement dites; à la seconde se rallient les indurations diffuses.

1° Les *cicatrices proprement dites* succèdent à des ulcérations dont l'existence est démontrée à la fois par les symptômes qui leur sont spéciaux et par l'inspection anatomique. Elles peuvent être aussi la conséquence d'une rupture du canal, soit accidentelle, soit provoquée d'une manière violente, lors des manœuvres brutales exercées sur la verge par des imprudens atteints de chaudepisses dites *cordées*. On sait que dans ces blennorrhagies intenses, la vivacité des douleurs est due à l'impossibilité où est le tissu de l'urètre de se dilater et de s'alonger dans la même proportion que le corps caverneux. Il est en effet enflammé, ramolli, infiltré, etc.; comment s'étonnerait-on dès-lors que, soumis à une aussi rude épreuve, il soit le siége d'une déchirure à laquelle il

serait beaucoup moins exposé, s'il avait conservé sa souplesse et son élasticité. Il est fréquent, dans ces circonstances, d'observer une hémorragie, ou une infiltration sanguine du tissu cellulaire environnant le canal, accompagnée d'inflammations énergiques auxquelles peuvent succéder l'infiltration urineuse et la gangrène.

2° Les *indurations diffuses*, quelle que soit la portion de l'urètre où elles aient leur siége, déterminent de la même manière encore qu'au méat, des rétrécissemens dont la forme est circulaire si l'inflammation a envahi toute la circonférence d'un point donné du canal, tandis qu'elle se réduit à des portions de cercle de longueur et de saillie diverses, ou devient longitudinale d'après la même corrélation avec les limites de la phlogose préexistante.

Les rétrécissemens qui ne sont pas la conséquence de blennorrhagies aiguës ou chroniques, sont excessivement rares. Toutefois, il nous a été permis d'en observer un certain nombre dus à de simples inflammations accidentelles. Sans parler de ceux que nous avons vu succéder à des excès de table et accompagnés de rétention complète d'urine, nous mentionnerons le fait curieux d'un fou épilep-

tique, qui fut reçu dans les salles de M. Lallemand, pour une coarctation très forte située vers le milieu du canal. Elle était manifestement le résultat, chose remarquable, de l'usage des sondes à demeure, auquel on avait soumis cet idiot un an auparavant, pour s'opposer à une manie indomptable de masturbation. M. Lallemand a encore traité un malade, âgé de trente ans, affecté d'un rétrécissement qui ne put être franchi avec la sonde la plus déliée, et de fistules urétro-périnéales qui donnaient passage à toute l'urine. Ces désordres avaient succédé à une violente inflammation du canal, déterminée par les excès immodérés de coït auxquels se livra cet homme à l'époque de son mariage qu'avait précédé une abstinence absolue des plaisirs sexuels.

D'après ce qui précède, reconnaissons que toutes les inflammations, l'inflammation blennorrhagique surtout à cause de son extrême fréquence, sont susceptibles de déterminer des rétrécissemens et en sont la cause unique.

—

CHAPITRE II.

Les symptômes des rétrécissemens ont été si bien décrits généralement par les écrivains modernes, que rien ne semblerait, au premier coup-d'œil, pouvoir être ajouté au tableau qu'ils en ont tracé. Cependant nous signalerons des cas qui ont offert, sous ce rapport, des circonstances insolites et qui ont donné lieu à d'étranges méprises.

Dans l'ouvrage de M. Lallemand sur les maladies des organes génito-urinaires (observ. 6, p. 238), chacun a pu lire le fait remarquable d'un rétrécissement accompagné de symptômes tellement propres à faire supposer une paraplégie subordonnée à une affection de la moelle épinière, que des praticiens d'un grand renom avaient été induits en erreur. Nous devons ajouter à ce cas le suivant qui ne fait pas moins d'honneur à la sagacité du professeur de Montpellier.

Un colonel Russe vint, il y a cinq ans environ, à Montpellier, après avoir consulté divers praticiens de tous pays, qui s'étaient accordés à le considérer comme hydropique. La maladie avait commencé quatre années auparavant

par des fièvres intermittentes, contre lesquelles furent employés le quinquina et les autres fébrifuges connus. Dans cet état présumé d'ascite, le Colonel s'adressa à M. Lallemand et lui communiqua de nombreuses consultations écrites, dans lesquelles les uns attribuaient le mal à une constipation opiniâtre, les autres à une incontinence d'urine, etc. Il y était surtout question de paralysie de la vessie, parce que l'émission de l'urine ne se faisait habituellement que goutte à goutte. Le ventre était énorme et présentait à la percussion une fluctuation manifeste : naguère encore on avait proposé la paracentèse. M. Lallemand finit par vaincre les répugnances qu'avait le Colonel pour le cathétérisme, et s'aperçut alors que le gland, le prépuce et le fourreau de la verge qui était tenue constamment dans le col d'un urinoir métallique fixé à la cuisse, se trouvaient enflammés et ulcérés. Ne pouvant arriver avec une sonde d'argent ordinaire dans la vessie, il eut recours à des sondes de plus en plus petites : celle qui parvint à franchir le rétrécissement dont le siége était tout-à-fait au col, avait le plus mince calibre. Il sortit aussitôt un jet d'urine très fin qui ne cessa qu'au bout d'une heure et demie. La quantité

du liquide évacué fut très considérable, puisqu'il fallait non-seulement que la vessie se vidat, mais que les urétères dilatés eux-mêmes et les reins se dégorgeassent. La sonde fut laissée en place et remplacée le soir par une autre en gomme élastique du même volume, à laquelle en succédèrent de nouvelles progressivement plus fortes; au bout de trois jours, le canal en admettait une du plus grand diamètre. Elle fut retirée le lendemain, et l'excrétion de l'urine se fit en pleine liberté. Pendant la durée de cette dilatation, le malade n'eut pas la moindre fièvre; cependant, il avait gardé quatre années consécutives des accès de fièvre intermittente rebelles à tous les fébrifuges. A peine la liberté du canal fut-elle restituée qu'il s'opéra une révolution complète dans le moral de cet homme qui jusque-là était hypocondriaque, enclin au suicide, ennemi de la joie des autres. Il avait supporté l'existence avec le sentiment d'amertume qui n'est que trop fréquemment l'apanage des affections des organes génito-urinaires, et qui a sa source dans la privation anticipée des fonctions génératrices. Cette disposition mentale disparut comme par enchantement; l'usage du tabac qui avait été pour le Colonel une sorte de passion, et auquel il avait renoncé

par dégoût durant sa maladie, devint de nouveau pour lui un besoin qu'il satisfit avec délices. Son appetit s'était tellement accru qu'il multipliait ses repas fort au-delà de l'usage ordinaire, et qu'au bout de deux mois un embonpoint notable prit la place du marasme auquel il avait été réduit. Le cathétérisme pratiqué avant son départ témoigna que le canal était parfaitement libre.

L'observation suivante que nous avons recueillie en 1834, ne donnera pas une plus faible idée des effets graves qui peuvent être la conséquence d'un rétrécissement.

Saury, soldat congédié du 6e régiment de ligne, avait eu en 1822 une blennorrhagie qui ne fut qu'imparfaitement guérie, et se renouvela avec intensité à diverses reprises, accompagnée de gêne dans l'excrétion urinaire. Cinq ans plus tard, une sonde qu'on introduisit dans l'urètre occasiona de très vives douleurs et des abcès urineux au périnée, bien qu'elle n'eût pas été laissée à demeure. Au commencement de l'année 1833, il se manifesta un gonflement inflammatoire de la verge : les abcès du périnée, qui s'étaient cicatrisés, se rouvrirent et il s'en établit de nouveaux. Les symptômes s'amendèrent une seconde fois, mais

reprirent, en janvier 1834, une gravité plus grande encore. La verge devint le siége d'une phlogose violente et d'une infiltration urinaire. Les tégumens de cet organe et une partie des corps caverneux furent envahis en peu de tems par la gangrène : des escarres considérables se formèrent, et leur élimination incomplète fut achevée par le bistouri. Soumis à notre examen le 24 janvier, Saury est taciturne, morose, miné par un profond chagrin : c'est avec beaucoup de peine que l'on peut obtenir de lui les renseignemens précités. Une teinte jaune-paille est répandue sur toute la peau. La verge est réduite à une sorte de moignon irrégulier dont la surface secrète une suppuration exhalant l'odeur caractéristique des plaies gangréneuses. Une pellicule bouche l'extrémité antérieure du canal. A la région iliaque gauche existent plusieurs ouvertures fistuleuses à travers lesquelles, des pressions méthodiques faites au voisinage, font fluer de l'urine. A l'entour de ces ouvertures, les tégumens, d'un rouge violacé, sont parsemés de phlyctènes noirâtres; dans quelques endroits la gangrène est plus avancée. Pendant son séjour à l'hôpital, Saury se refuse obstinément à toutes les manœuvres que veut tenter M. Lallemand contre l'obstacle

placé à l'orifice de l'urètre. Réduit à un marasme squelettique, le malade s'éteint le 26 février 1834.

A l'autopsie on reconnaît que le méat urinaire est oblitéré, comme du reste on l'avait observé durant la vie, par une sorte de pellicule percée de petits trous, et qu'il existe une rupture du canal de l'urètre dans la portion membraneuse. Les orifices des canaux éjaculateurs sont tellement dilatés qu'un catheter ordinaire dont on venait de se servir pour des opérations de taille sur des cadavres, s'étant trouvé sous la main, on l'y introduit sans trop de difficultés. La muqueuse de la vessie est rouge et violacée; ses parois ont acquis une épaisseur quatre fois plus grande qu'à l'état normal; l'urine qu'elle contient est purulente. Les uretères distendus égalent le volume du petit doigt. La membrane interne de ces conduits est d'un rouge foncé comme celle de la cavité vésicale. Le rein gauche a son parenchyme sain, mais la muqueuse du bassinet est très injectée : dans le rein droit existe une multitude de petits foyers purulens.

On peut concevoir d'après cet examen des parties, comment les choses se sont passées. Par suite de l'obstacle apporté à l'excrétion uri-

naire par l'oblitération du méat, une crevasse s'est opérée dans la portion membraneuse de l'urètre que des dispositions anatomiques bien connues rendent éminemment propre à subir une déchirure. Celle-ci a dû d'abord consister en un simple éraillement qui est devenu la source d'infiltrations successives d'urine. Ce liquide a remonté à gauche le long des branches ascendante de l'ischion et descendante du pubis, s'est ramassé en grande quantité, puis a reflué sous les tégumens de la verge dont elle a déterminé la gangrène. D'une autre part, l'hypertrophie de la vessie a été la conséquence des efforts que la tunique musculeuse a été obligée d'exécuter presque continuellement pour se débarasser de son contenu. Mais en même tems que l'accumulation constante de l'urine a exagéré la nutrition de la vessie, elle a déterminé la phlogose dont les traces ont été rencontrées dans ce réservoir. De celui-ci, l'inflammation s'est propagée aux urétères et de-là jusqu'aux glandes rénales. On voit ici jusqu'à quelle hauteur du système urinaire s'est étendue l'influence d'une distension produite par un obstacle situé au gland. C'est un exemple remarquable sous ce rapport. Une partie des effets de cette distension s'est

fait ressentir du côté des canaux éjaculateurs, et l'on s'explique comment des rétrécissemens anciens de l'urètre peuvent produire des pollutions involontaires par la propagation de l'inflammation de la muqueuse urétrale à celle des organes spermatiques. Aussi l'état de dilatation extraordinaire dans lequel on a trouvé les conduits éjaculateurs chez le même sujet fait-il présumer qu'il avait dû éprouver des pertes séminales abondantes, lesquelles ont amené probablement à leur suite cette morosité chagrine qui l'a rendu hostile à tous les soins de l'art. Et cependant le rôle du chirurgien dans le cas actuel était fort simple, il suffisait de donner un coup de lancette à la pellicule mince placée à l'extrémité antérieure du canal, d'autant plus qu'aucun rétrécissement n'a été rencontré ailleurs; mais, toutes les fois que M. Lallemand se disposait à le faire, le malade se refusait à ce qu'on touchât à sa verge.

La susceptibilité des organes spermatiques à se laisser affecter, à l'occasion des rétrécissemens de l'urètre, est suffisamment attestée par l'observation qu'on vient de lire. Elle s'est révélée dans ses divers degrés par d'autres faits assez nombreux que nous avons recueillis durant ces dernières années, dans le service

de M. Lallemand. Un capitaine Corse atteint d'un rétrécissement très long et très étroit, accusait sans cesse une douleur sourde et une pesanteur incommode dans les deux testicules. D'autres malades ont présenté dans des circonstances analogues, des gonflemens testiculaires inflammatoires suivis ou non de suppuration. Cette phlogose dont le mode de propagation et les effets sur les fonctions des organes spermatiques ont été si bien étudiés par M. Lallemand, s'annonce par une douleur et une tuméfaction de leurs cordons suspenseurs. L'orchite est tantôt très aiguë, tantôt remarquable par la lenteur chronique de sa marche.

Si les testicules sont fréquemment exposés à des irritations sympathiques, faut-il s'étonner que celles-ci puissent se propager par voie de contiguité à la tunique vaginale et en augmenter l'exhalation? Cette extension s'est reproduite sous nos yeux chez plusieurs malades affectés d'hydrocèles consécutives à des rétrécissemens. La guérison de ces hydrocèles a suivi celle de l'obstacle du canal, au sort duquel elles étaient étroitement liées.

Nous terminerons ces considérations relatives à la symptomatologie des coarctations de l'urètre, en faisant remarquer que, s'il est

arrivé de méconnaître certaines d'entr'elles lors même que leurs effets étaient portés au plus haut degré, on rencontre, dans d'autres circonstances, des rétentions graves d'urine dues à des causes bien éloignées de celles qu'on se croyait en droit de supposer. Nous citerons l'exemple d'un maître-emballeur qui, atteint d'une très grande difficulté dans l'excrétion des urines et des matières fécales, fut cautérisé quinze fois inutilement par divers praticiens. Il ne pouvait rendre une goutte d'urine, sans l'introduction préalable d'une sonde, lorsqu'il vint à Montpellier trouver M. Lallemand qui ne découvrit aucune altération dans les voies urinaires, malgré l'exploration la plus attentive. La sonde pénétrait avec la plus grande facilité dans la vessie; il n'y avait pas le moindre gonflement à la prostate. La constipation étant aussi opiniâtre que l'émission des urines était laborieuse, on aurait pu songer à une fissure anale, si cette idée n'avait été éloignée par l'absence de ses symptômes ordinaires, tels que cuissons ardentes ressenties à l'anus pendant l'introduction du doigt, etc. Ce ne fut qu'après six jours d'explorations diverses, que M. Lallemand parvint à découvrir dans un repli de la muqueuse

anale, cachée entre deux hémorrhoïdes, une légère excoriation saignante. L'incision des sphincters fut opérée, et le jour même le malade urina et rendit ses selles avec toute la facilité désirable. On peut lire les détails de ce fait dans le livre de M. Lallemand sur les pertes séminales involontaires. (Observ. n° 42).

CHAPITRE III.

Diverses méthodes ont été tour-à-tour préconisées pour obtenir la guérison des rétrécissemens de l'urètre. La dilatation, l'incision, la cautérisation ont eu leurs partisans exclusifs. Hâtons-nous de dire, de la manière la plus formelle, qu'aucune espèce de traitement ne peut ni ne doit être employé avec une préférence exclusive. L'expérience démontre tous les jours que c'est de la nature elle-même des différentes espèces de strictures que dérivent les méthodes thérapeutiques. Nous allons exposer successivement pour chaque variété de rétrécissemens, les procédés opératoires qui lui sont le mieux appropriés et dont les succès ont sanctionné la valeur.

§ I.

Les rétrécissemens dont nous devons naturellement nous occuper en premier lieu, sont ceux qui se forment à l'orifice du canal de l'urètre. Rarement graves, il en est cependant qui le deviennent à un point extraordinaire, comme le prouve l'observation de Saury citée plus haut.

C'est principalement à la suite des ulcérations vénériennes que se manifestent les coarctations du méat urinaire. Il s'en est présenté des exemples dans la pratique de M. Lallemand, et entr'autres, celui d'un notaire âgé de 72 ans, qui s'était livré à de grands excès de coït, et avait contracté à diverses reprises la syphilis. L'ouverture antérieure du canal de l'urètre, occupée par un chancre, avait subi une diminution progressive de calibre, et plus tard, une oblitération complète. Le gland s'était gonflé, enflammé et perforé d'une multitude de petits pertuis par lesquels s'échappait l'urine : on ne pouvait mieux le comparer qu'au bec d'un arrosoir. M. Lallemand, après avoir agrandi d'un coup de lancette celle des ouvertures qui se rapprochait le plus de la

direction du canal, parvint ainsi à introduire une sonde d'un gros calibre : elle pénétra facilement jusqu'à la vessie. En moins de quinze jours tous les autres orifices fistuleux furent cicatrisés et le gland revint à son état normal. On doit nécessairement imputer ici la cause de l'oblitération du méat aux efforts de cicatrisation du chancre vénérien qui avait existé dans cette partie. Une chose vraiment remarquable, c'est la manière dont l'urine s'était fait jour par des ouvertures capillaires à travers le tissu enflammé et ramolli du gland.

L'inflammation blennorrhagique simple peut donner lieu à une diminution du calibre du méat, accompagnée aussi de fistules capillaires. C'est principalement au niveau du frein, endroit où les follicules sont très serrés et où le tissu du gland environnant le canal a le moins d'épaisseur, que s'établissent alors des suintemens muqueux auxquels s'ajoute une infiltration d'urine. Il est probable que les effets dont nous parlons doivent être attribués à la persistance avec laquelle l'activité du travail inflammatoire se trouve entretenue par le contact de l'urine dans un endroit où elle est gênée dans son cours. Ce travail ne peut manquer de provoquer, dans les conditions dont il est

ici question, une communication directe entre les cryptes qui s'abouchent dans la muqueuse urétrale et ceux qui s'ouvrent à l'extérieur. Pour s'assurer du passage de l'urine à travers ces pertuis, nous avons vu réussir un moyen bien simple, qui consiste à comprimer fortement le méat de manière à intercepter complétement l'issue de ce fluide; il transsude alors à la base du gland, de chaque côté du frein, comme des gouttelettes de rosée.

On peut enfin rencontrer des exemples d'oblitération congéniale du méat. Un cas de ce genre s'est présenté dans la pratique de M. Lallemand. L'enfant qui portait ce vice de conformation, avait le gland criblé d'une multitude d'ouvertures fistuleuses capillaires : c'étaient des pores presqu'imperceptibles. Une incision pratiquée avec le bout d'une lancette, en se rapprochant le plus près possible du canal, eut un plein succès.

Une remarque assez importante, c'est que les fistules capillaires du gland, avec suintemens muqueux et urinaires, non-seulement s'établissent quelquefois sans rétrécissement coexitant, mais peuvent encore, dans certaines circonstances, survivre à la blennorrhagie qui a présidé à leur formation. Ces

suintemens constituent une incommodité désagréable plutôt qu'une altération fâcheuse. M. Lallemand est toujours parvenu à les faire cesser en pratiquant une cautérisation dans la fosse naviculaire.

Les rétrécissemens du méat urinaire, soit qu'ils dépendent de la cicatrisation d'ulcérations vénériennes, soit qu'ils aient pour origine des phlegmasies blennorrhagiques ou provoquées par l'usage des sondes à demeure, ne sont pas suceptibles d'être combattus d'une manière avantageuse ni par la dilatation ni par la cautérisation. D'abord, il est évident que la dilatation n'est pas aussi facile au niveau du gland que dans tout autre portion de l'urètre; le tissu qui environne le canal étant plus sensible et plus élastique dans ce point, la présence de la sonde y détermine une douleur et un gonflement inflammatoire très prononcés capables d'aggraver la lésion à laquelle on veut rémédier. D'une autre part, s'il arrive qu'on obtienne des effets curatifs dans les cas où les rétrécissemens sont peu considérables, ces effets ne sont pas permanens et obligent souvent de revenir au cathétérisme. Le retrait des bords de l'orifice du méat s'exerce même quelquefois aussitôt après que l'on a retiré la sonde

la plus volumineuse. L'expérience a prouvé encore que rien n'est plus pénible que la dilatation à travers le gland, lorsque la coarctation est longue et circulaire; la structure particulière de cette partie, son élasticité, sa sensibilité, en même temps que l'épaisseur du tissu morbide, sont des obstacles tout aussi sérieux qui s'opposent aux succès de la cautérisation. Convaincu par des essais répétés des inconvéniens des deux méthodes dont nous venons de parler, M. Lallemand a été conduit depuis long-tems à adopter l'incision proposée depuis par M. Despiney. Sa méthode est fort simple et ne réclame aucun instrument spécial. A l'aide de l'extrémité d'un bistouri très étroit conduit sur une sonde cannelée, il incise dans la direction du frein l'ouverture du canal. Dans les cas où il s'agit d'une simple pellicule, il se borne à la diviser d'un coup de lancette. Dans l'une et l'autre circonstance, une sonde est ensuite introduite afin d'obvier à la cicatrisation immédiate des parties.

—

§ II.

Une autre espèce de rétrécissemens mérite de prendre place immédiatement après ceux du méat urinaire, parce qu'ils sont évidens, palpables, en quelque sorte visibles comme ceux-ci, et parce que leur traitement est à peu près le même. Nous voulons parler de ces rétrécissemens accompagnés d'une saillie plus ou moins considérable à la surface cutanée, et dus à un dépôt de matière gélatino-albumineuse opéré par une inflammation qui s'est propagée de la muqueuse urétrale aux parties sous-jacentes, ou qui a débuté par celles-ci. La blennorrhagie qui les entraîne à sa suite a été violente par sa nature, ou rendue telle par des imprudences variées, telles que les excès du coït, l'équitation, etc.

Aucune portion du canal n'est affranchie de ces indurations. Lorsqu'elles siégent en avant de la racine du scrotum, elles sont facilement reconnaissables au toucher par une nodosité plus ou moins volumineuse, et alors elles sont constamment traitées avec le bistouri par M. Lallemand, qui se propose ainsi de déterminer une abcession artificielle. Elle a pour effet de

provoquer avec la suppuration l'élimination des matériaux étrangers contenus dans les cellules de la tumeur; le tissu aréolaire devient flasque, vide, de dur, plein et tendu qu'il était.

M. Lallemand a été conduit à la méthode de l'incision par l'observation de plusieurs cas où la guérison des indurations du canal avait succédé avec une promptitude extraordinaire à la suppuration qu'y avait provoqué le séjour plus ou moins prolongé d'une sonde à demeure. Il n'est pas rare en effet de voir les nodosités urétrales s'abcéder à l'occasion de simples tentatives de dilatation du canal. Tout-à-coup il se déclare de la douleur, du gonflement, et tous les signes d'une phlegmasie locale aiguë. On retire la sonde, mais cette précaution n'empêche pas l'inflammation de continuer sa marche, de ramollir progressivement les tissus et de tendre bientôt à la perforation de la muqueuse. Pour prévenir cette rupture qui est alors imminente, on ne saurait prendre un meilleur parti que celui d'inciser la tumeur lors même qu'elle n'offrirait aucun indice de fluctuation et qu'elle serait d'une dureté comme pierreuse. Ouverte par l'instrument tranchant, la tumeur se vide, à l'extérieur, du sang

et des divers produits que l'inflammation commençait à accumuler; l'envahissement dont cette dernière menaçait de plus en plus la muqueuse se trouve enrayé, et à mesure que le dégorgement s'opère du côté de la surface cutanée, le canal reprend spontanément son calibre naturel. Nous pourrions citer une douzaine d'observations dans lesquelles la guérison de pareilles tumeurs dont quelques-unes avaient acquis la dureté du cartilage, a été le fruit de l'incision. Si, en opposition avec la conduite que nous venons d'indiquer, on attendait que la fluctuation se manifestât, une infiltration urineuse aurait certainement de nombreuses chances et entraînerait avec elle une gangrène plus ou moins étendue de la verge et du scrotum. Une incision même trop hative ne pourra jamais laisser des regrets.

Les règles que nous avons vu mettre en pratique dans les cas de nodosités saillantes à l'extérieur, sont les suivantes : inciser couche par couche la peau et le tissu cellulaire extérieurs à la tumeur préalablement tendus ; arriver ainsi progressivement jusque dans l'épaisseur de l'induration en ayant soin de s'arrêter en deçà de la muqueuse ; ne pas craindre cependant d'inciser la paroi dans toute son épais-

seur, si la chose paraissait indispensable : on a vu alors la suppuration s'établir et produire dans des tissus même cartilagineux un dégorgement complet. Des rétrécissemens avec bosselures sous-cutanées, dans lesquels la dilatation et la cautérisation avaient échoué, ont été ainsi incisés par M. Viguerie de Toulouse : la cicatrisation a succédé à la suppuration résolutive de ces tumeurs et la stricture n'a pas reparu. Les cas de même nature fournis par la pratique de M. Lallemand sont nombreux; il lui est arrivé quelquefois de dépasser avec le bistouri la muqueuse urétrale et de cautériser ensuite la plaie afin de faciliter le dégorgement des parties et le travail de cicatrisation.

L'observation qu'on va lire donnera une idée exacte de la méthode mise ordinairement en usage par M. Lallemand, en même tems qu'elle justifiera la précaution qu'il prend toujours maintenant de ne pas laisser une sonde dans le canal pendant la durée de la suppuration et de la cicatrisation de la plaie faite avec l'instrument tranchant.

S***, âgé de 38 ans, eut en 1823 la syphilis. Les symptômes variés qui l'annoncèrent, blennorrhagie, chancres, bubon, fistule anale, guérirent au bout de quatre mois de traite-

ment par la liqueur de Van-Swieten, les pilules de Sédillot, la poudre d'oxide d'or. En 1829, deuxième blennorrhagie qui se prolongea pendant six mois et fut entièrement négligée. A cette époque, il se manifesta un rétrécissement sensible à l'extérieur dans le milieu de l'urètre, avec émission pénible de l'urine qui ne s'écoulait que goutte à goutte. Après deux années passées dans cet état, il entra à l'hôpital d'Aix où il fut traité par les bains de siége, la tisane de sublimé et trente cautérisations qui furent toujours fort douloureuses. Il sortit le 15 Décembre 1831 avec un peu d'amélioration. La difficulté d'uriner ne revenait que par intervalles, mais, après un mois et demi, elle fut continue; il urinait par gouttes ou en filet gros, disait-il, comme un poil de moustache. Il entra dans cette situation à l'Hôtel-Dieu-St-Éloi le 4 Décembre 1831.

Vers le milieu de la face inférieure du pénis on observe une tumeur circulaire qui figure, avec ses prolongemens latéraux, le chaton et l'anneau d'une bague *chevalière*, le chaton regardant en bas. Cette tumeur grande comme une noix fait saillie à l'intérieur et obture le canal.

8 et 9 Décembre. Impossibilité de sonder

autrement qu'avec un mandrin d'argent très fin, qu'on peut remplacer le 9 par une bougie d'un fort petit calibre.

Le 25, on était parvenu à la sonde N° 12. On la retire, et on s'aperçoit bientôt qu'on n'a pas gagné une demi-ligne.

26. M. Lallemand incise la tumeur du canal : inflammation et suppuration consécutives, et enfin détuméfaction complète.

1er janvier 1832. La sonde fatigue le malade; on la retire après deux jours de fièvre.

Jusqu'au 5, la plaie est touchée avec le nitrate d'argent; la cicatrisation marche; le malade urine d'un jet presque naturel, et le besoin est moins fréquent.

7 et 9. Autre cautérisation. Le rétrécissement n'existe plus. Après une quatrième cautérisation, la plaie est presque fermée.

18 et 19. Il ne restait plus de la tumeur qu'un noyau mobile sans influence sur le calibre interne du canal. On présume que les sondes pourront le dissiper. Les Nos 6 et 12 se succèdent, la dernière est introduite avec quelque peine. Le lendemain, on la retire après une nuit agitée; la verge est enflée.

20. Le séjour de la sonde pendant les jours précédens, en déterminant un ramollissement

inflammatoire dans le point du canal correspondant à la plaie de l'incision, a amené la réouverture de celle-ci.

25 et 26. L'inflammation de la verge se dissipe, la fistule urétrale se ferme; l'excrétion urinaire se fait bien.

1er février. Le noyau du canal est réduit presqu'à rien.

5. Une sonde est engagée pour dilater l'urètre et le préparer à la cautérisation.

9. Le porte caustique est introduit, mais le canal s'est tellement contracté sur l'instrument que celui-ci ne peut plus être retiré.

Le 10. On a pu en débarrasser le conduit, mais la fistule s'est rouverte et s'est refermée en quelques jours.

Quelques jours plus tard, le malade sort parfaitement guéri.

Les rétrécissemens avec nodosités appréciables à l'extérieur ne sont pas les seuls où la méthode de l'incision puisse être employée. Un fait très curieux, qui vient à l'appui de cette proposition, s'est présenté tout récemment (août 1836) dans la pratique de M. Lallemand.

Un Négociant de Gênes, ayant pris par erreur deux onces de nitrate de potasse au

lieu de deux onces de *sel d'Angleterre* que lui avait prescrit son médecin, ne tarda pas à éprouver une inflammation des plus violentes de la vessie et du canal de l'urètre, suivie d'un rétrécissement qui se manifesta vers le milieu de la longueur du canal de l'urètre. Une sensibilité extrême existait dans le point coarcté. Ce fut après avoir vu échouer les diverses méthodes de traitement qu'avaient employées pendant trente ans les praticiens consultés, que ce négociant vint à Montpellier se confier à M. Lallemand. Le rétrécissement fut facilement constaté; il n'était pas à la vérité très étroit, mais doué de la plus vive sensibilité. M. Lallemand voulut essayer la dilatation après avoir usé des précautions convenables, et, à cet effet, il introduisit une sonde n° 3 qui ne fut gardée que pendant quelques heures à cause de l'agitation et de la fièvre excessives qui en résultèrent. Les tentatives ultérieures reproduisirent les mêmes accidens. L'emploi de la Belladone en injection non-seulement fut inefficace, mais détermina de plus un délire furieux; l'urine ne sortait qu'avec des douleurs violentes qui témoignaient la grande exagération de la sensibilité du canal. Il y eut menace d'une rétention complète d'urine. La po-

sition du malade était si critique qu'elle commandait de la promptitude dans les décisions. C'est alors que M. Lallemand se laissa tout-à-coup entraîner à l'idée de recourir à l'incision, bien qu'il n'eut pour guide que la résistance transmise par la sonde à l'endroit du rétrécissement. La peau, le tissu cellulaire, une partie du tissu spongieux furent divisés par le bistouri dans l'étendue de deux pouces au devant de la racine du scrotum; mais le doigt ne rencontrait nulle part aucune nodosité correspondant à la saillie dure qui avait été constatée en dedans. Introduisant alors une sonde cannelée dans l'urètre, l'opérateur va à la rencontre de la cannelure de l'instrument en incisant, dans l'étendue de cinq à six lignes, toute l'épaisseur de la paroi inférieure du canal au niveau du point qui lui est indiqué par la sensation de la dureté intérieure. Ce fut avec une vive satisfaction que M. Lallemand apprit le soir même que tout était au mieux, que les accès de fièvre qui tous les jours se déclaraient avec violence et duraient pendant douze heures, n'avaient pas paru; et une chose assez heureuse encore, qui fut constatée à plusieurs reprises, c'est que l'urine sortait à plein jet par le méat, sans qu'il s'en échappât une goutte

par la plaie extérieure. Ce qui semblerait devoir faire attribuer cette particularité à la turgescence inflammatoire des lèvres de la solution de continuité, c'est que cette dernière ne laissa sortir quelques gouttes d'urine que vers le septième ou huitième jour, alors qu'un resserrement des bords s'était déjà effectué. Le quinzième jour, il ne restait qu'un pertuis fistuleux à peine perceptible. Lorsque M. Lallemand fut obligé de s'absenter tout annonçait la guérison définitive de ce rétrécissement d'ailleurs remarquable en lui-même, puisqu'il était survenu sans blennorrhagie antécédente.

Des praticiens distingués de nos jours ont eu l'idée d'appliquer la méthode de l'incision à d'autres rétrécissemens que ceux qui nous ont occupés dans ce paragraphe. Divers instrumens ingénieux ont été inventés pour scarifier directement dans l'intérieur du canal le point coarcté, ou pour opérer la section des brides. M. Lallemand a toujours trouvé d'autres moyens capables de suppléer d'une manière avantageuse aux *urétrotomes ;* il a vu des malades où ces instrumens n'avaient pas agi avec efficacité. Toutefois il n'a pas renoncé à en faire l'essai si l'occasion se présentait de les

employer comme dernière ressource. Les seuls urètrotomes auxquels il a eu recours, sont la lancette ou le bistouri : il s'agissait de rétrécissemens qui ne s'étendaient pas au-delà de la profondeur de quelques lignes à partir du méat.

§ III.

Rétrécissemens par ulcération. On avait pensé primitivement que tous les écoulemens urètraux avaient pour origine des ulcérations de la muqueuse. Plus tard, les recherches anatomico-pathologiques firent reconnaître l'absence de ces ulcérations chez des individus qui avaient succombé avec des blennorrhagies très intenses, et l'on en tira pour conclusion opposée, qu'elles n'existaient jamais : on compara les écoulemens de l'urètre au coryza et aux flux de toutes les autres muqueuses. Puis vint Morgàgni qui observa et rapporta des faits incontestables d'ulcérations du canal. D'autres en constatèrent après lui, et on aurait dû le prévoir déjà par analogie, en réfléchissant à ce qui a lieu, par exemple, à la surface interne des intestins. On sait, en effet, que s'il existe des diarrhées fréquentes prenant leur source

dans l'irritation des follicules intestinaux, il n'en est pas moins commun d'en trouver qui sont provoquées et entretenues par des ulcérations.

Or, les ulcérations du canal de l'urètre sont d'un diagnostic assez facile pendant la vie. Lorsque le malade excrète de l'urine, il éprouve un sentiment très vif de cuisson au moment où elle passe sur la surface ulcérée; la verge se gonfle aussitôt, quelquefois même entre en érection, et le conduit urinaire se crispe d'une manière assez forte pour arrêter sur-le-champ l'émission du fluide. Bientôt une détente s'opère, et l'on voit l'émission recommencer pour se suspendre ensuite ; nous avons observé un malade qui rendait à chaque fois une très petite quantité d'urine par un semblable mécanisme. Dans les cas ordinaires, les accidens ne sont pas portés à un pareil degré : ils ne consistent guère qu'en un sentiment de brûlure, de douleur piquante, souvent comparée à un *coup de canif*, qui se manifeste au moment où le lieu de l'ulcération reçoit le contact de l'urine, à laquelle il n'est pas rare de voir se mêler des stries de sang, ou se joindre des hématuries plus ou moins abondantes. Si l'on introduit une petite sonde,

elle passe facilement sans causer une douleur très notable; une sonde volumineuse n'éprouve pas plus de difficulté dans sa marche, mais elle excite de vives douleurs, des élancemens, de la fièvre et d'autres symptômes généraux assez graves pour obliger de la retirer, tous accidens dont on ne s'étonnera pas, puisqu'elle frotte à nu contre les papilles nerveuses de la muqueuse ulcérée.

Lorsque dans les écoulemens chroniques de l'urètre on voit une matière purulente mêlée de sang sortir du canal, en même tems qu'il existe une douleur vive sur un point fixe de sa longueur autre que le méat, et que le passage des corps dilatans est insupportable, ou s'accompagne de phénomènes nerveux plus ou moins graves, on est en droit d'affirmer que l'on a à faire avec une ulcération. Au reste, quoi de surprenant que le conduit urinaire soit susceptible de présenter à une profondeur variable des ulcérations syphilitiques, dès que nous en avons vu siéger au méat? Admettons, si l'on veut, qu'elles ne soient pas de nature syphilitique; cela ne changera en rien la question de leur existence. Il peut arriver qu'elles persistent même après la destruction du virus, opérée par un traitement approprié. L'art n'a

plus alors d'autre mission que celle de remédier à l'obstacle qu'elles opposent au libre passage de l'urine. La dilatation ne saurait être supportée ; on ignore les effets que produirait l'incision dont il est difficile même de préjuger ici l'efficacité. La cautérisation a au contraire en sa faveur la conformité des cas assez nombreux, tels que les ulcères de la cornée, etc., où elle est suivie d'un plein succès. C'est à elle qu'il faut avoir recours. Une seule cautérisation suffit ordinairement pour guérir les ulcérations du canal. Elle ne doit être que superficielle, puisqu'il ne s'agit que de changer le mode de vitalité du point ulcéré, et non de produire une perte de substance. La sensation douloureuse que procure le contact de la sonde, est un guide assuré pour le lieu d'application du caustique.

Il peut arriver que l'ulcération du canal abandonnée à elle-même, guérisse ; alors ses bords se rapprochent en donnant lieu le plus souvent à la production d'une pellicule légère qui représente une sorte de diaphragme plus ou moins complet, ou de valvule, etc. Tandis que les rétrécissemens ordinaires offrent une ouverture en entonnoir avec resserrement graduel, on observe au contraire dans les cas

de rétrécissemens par ulcération, que si l'on introduit un porte-empreinte, une tige droite surmonte brusquement une surface aplatie : cette configuration de la cire tient à la manière abrupte dont commence l'obstacle. D'un autre côté, au lieu de pénétrer peu-à-peu comme dans les coarctations les plus communes, la sonde, dans les rétrécissemens par ulcération, est arrêtée tout-à-coup par un obstacle qu'elle franchit dans un espace de tems indivisible, aussitôt que la lumière du canal a été trouvée, et en donnant à l'opérateur la sensation d'un ressaut. Il n'est pas alors permis de douter qu'il s'agit d'une bride.

On conçoit qu'en pareille occurence l'incision ait pu être proposée et mise à exécution comme moyen thérapeutique; mais il reste la difficulté d'empêcher la réunion ultérieure qui tendra à s'opérer et la nécessité de lutter contr'elle par l'usage des sondes à demeure. Aussi M. Lallemand a-t-il adopté une autre manière d'agir que nous avons constamment vue couronnée de succès. Une sonde en argent ouverte à ses deux extrémités est remplie exactement par une bougie afin qu'aucun liquide du canal ne puisse pénétrer dans son intérieur. Lorsque cette sonde est arrivée jusque sur l'obstacle,

on retire la bougie et on la remplace par une autre armée d'un cylindre de nitrate d'argent qui ne doit dépasser, que d'une ligne environ, l'ouverture postérieure de la sonde. Le caustique a alors l'avantage d'agir à sec et vigoureusement; on peut même, afin qu'il morde mieux, lui imprimer un mouvement de rotation. On ne doit suspendre son action que lorsqu'on a senti la pellicule céder, ce qui a lieu ordinairement au bout de quelques secondes. On a le soin de faire rentrer le nitrate d'argent dans la canule avant de la retirer du canal. Ce procédé est préferé par M. Lallemand à celui de Ducamp, et à celui qu'il avait employé lui-même (cautérisation de dedans en dehors), parce qu'une partie du caustique pouvait porter sur les parties saines pour peu que la cuvette dépassât celles qui étaient affectées. En cautérisant au contraire d'avant en arrière, on a l'avantage d'attaquer le rétrécissement diaphragmatique dans tous ses points et d'épargner ce qui doit l'être. Nous avons vu des brides guérir par une seule cautérisation pratiquée de la manière que nous venons de décrire : à une difficulté très grande d'uriner succédait une émission complétement libre. Dans aucune autre circonstance la cau-

térisation ne produit des effets aussi prompts, aussi caractéristiques.

Le rétrécissement a-t-il son siége dans la portion courbe du canal, la cautérisation d'avant en arrière doit être pratiquée à l'aide d'une canule courbe dont l'extrémité sera coupée obliquement en bec de flûte, de manière à ce que la paroi inférieure se prolonge au-delà de la supérieure. On évitera ainsi que le nitrate d'argent ne gagne, en fondant, la partie déclive du canal qui précède le rétrécissement et ne cautérise ce qui doit être respecté.

§ IV.

Ce n'est pas seulement dans les rétrécissemens diaphragmatiques, valvulaires, que la cautérisation d'avant en arrière peut trouver son utilité. Son emploi devient indispensable dans ces cas malheureux où l'impossibilité de rencontrer l'orifice de l'obstacle qui se trouve irrégulier, très étroit, ou masqué par un repli de la muqueuse, doit exposer tôt ou tard le malade à une rétention complète d'urine. Toutefois, avant d'y avoir recours, il faut s'être assuré par des expériences multipliées que les porte-empreintes ne donnent

jamais de tiges, et que rien ne peut faire reconnaître l'ouverture du rétrécissement. M. Lallemand ne se décide à cautériser d'avant en arrière que lorsqu'il est las de vaines tentatives de ce genre, lorsque, par conséquent, il a acquis la certitude que l'obstacle à l'émission de l'urine n'est pas de la nature de ceux que l'on peut impunément abandonner à eux-mêmes. Nul doute qu'une rétention complète d'urine arrivera presque nécéssairement dans un tems plus ou moins éloigné. Il importe donc d'agir avant qu'elle n'arrive ; il ne faut pas même attendre que la menace de cette rétention soit prochaine, immédiate. On commencera par combattre les accidens inflammatoires, s'il en existe, à l'aide des antiphlogistiques, de la belladone, et autres médicamens appropriés aux indications particulières que fournit l'état des parties : on choisira ensuite le moment le plus favorable pour pratiquer la cautérisation.

On peut faire l'application des mêmes préceptes à ces cas particuliers dans lesquels une fausse route est annoncée par la double tige du porte-empreinte. Il est d'abord prudent de renvoyer la cautérisation à deux ou trois mois, en recommandant expressément au malade de

n'autoriser, pendant cet intervalle de tems, aucune manœuvre, parce qu'elle serait tout au moins intempestive. Il est en effet arrivé dans quelques circonstances qu'au retour du malade la cicatrice de la fausse route s'était opérée : le porte-empreinte ne laissait plus aucune équivoque, les tentatives étaient faciles et avaient les meilleures chances de succès. Mais si tout délai est impossible, on ne doit pas hésiter à cautériser d'avant en arrière d'après les règles ci-dessus exposées, en se servant d'une canule droite ou courbe et taillée en biseau suivant la portion de l'urètre où siège le rétrécissement. Le caustique agira nécéssairement dans la direction du centre du canal dans l'un et l'autre cas, et détruira les cloisons qui séparent les fausses-routes du point coarcté.

M. Lallemand a pratiqué la cautérisation d'avant en arrière sur quatre malades dont le rétrécissement n'avait pu être franchi malgré des tentatives réitérées pendant une période d'un mois ou d'un mois et demi. Chez le premier, il se servit de la sonde armée d'après le procédé de Hunter. Le second fut exposé par un accident imprévu aux plus graves dangers. Un fragment de nitrate d'argent avait

été adapté à une sonde en gomme élastique dans laquelle était engagé un mandrin, et avait été présenté à l'obstacle situé dans la portion membraneuse du canal. Voulant relever le caustique vers la partie supérieure du rétrécissement, l'opérateur appuya sur le mandrin et fit exécuter à la sonde un mouvement de bascule dont l'effet fut de déterminer la fracture du nitrate d'argent qui avait près de deux lignes de longueur et dont la substance était très pure. Au bruit sec dont-elle s'accompagna, il fut aussitôt tenté de retirer la sonde, mais il eut garde de le faire par cette réflexion rapide que l'instrument ne ramènerait pas le fragment détaché du caustique, et qu'il valait mieux le laisser en place et le forcer à fondre contre l'obstacle, en l'y pressant. Ce dernier parti fut mis à exécution. Le malade eut une rétention d'urine pour laquelle il sollicita vainement le cathétérisme dont l'impossibilité n'était que trop probable. Des bains furent ordonnés. Au bout de dix-huit heures il rendit, au milieu de violens efforts, un cylindre de matière noirâtre. Immédiatement après l'expulsion de l'escarre, l'urine coula à plein jet. Si cet heureux événement n'avait pas eu lieu, la ponction de la

vessie était la dernière ressource. La position du troisième malade fut aussi aggravée par une rétention complète d'urine qui succéda à la cautérisation d'avant en arrière. Elle céda à l'introduction dans le canal d'une pommade dans laquelle étaient incorporés trois grains d'acétate de morphine. Chez le quatriéme enfin, la même cautérisation fut employée pour combattre un rétrécissement très long et très dur : il ne se manifesta du soulagement que lorsque le nitrate d'argent eut franchi et dépassé la partie postérieure de la coarctation. La guérison de ces quatre malades a été obtenue au moyen de la cautérisation d'avant en arrière, mais aux prix des plus vives inquiétudes.

§ V.

Nous ferons encore une classe à part, sous le rapport pratique, de ces *rétrécissemens d'une sensibilité extrême* qui ne peuvent supporter le contact prolongé d'une sonde à demeure. Ils se rangent sous plusieurs catégories.

Ici devraient figurer en première ligne, s'il n'en avait été question dans un chapitre spécial, les rétrécissemens accompagnés d'ulcé-

rations. Nous avons vu qu'au moment où la sonde passe sur l'exulcération du point rétréci du canal, elle détermine des douleurs très aigues, et quelquefois même des accidens fort graves, sans qu'on puisse en accuser la constitution irritable de l'individu, puisqu'on les observe souvent chez des hommes robustes et rien moins que nerveux. Nous avons dit aussi qu'il fallait alors abandonner sur-le-champ les tentatives de dilatation, et recourir à la cautérisation, en suivant certaines règles particulières.

Dans d'autres circonstances, il ne s'agit plus d'une exulcération, mais d'une blennorrhagie qui persiste à l'état chronique en donnant lieu à la même intolérance de la part du canal, pour l'introduction ou le séjour des corps dilatans. Nous n'insisterons pas sur l'écoulement muqueux, blanchâtre, ni sur les autres symptômes qui révèlent la blennorrhagie chronique. Ils ont été exposés avec détails, ainsi que le traitement qui convient en pareil cas, dans la 1re livraison de la Clinique médico-chirurgicale de M. le Pr Lallemand.

La sensibilité très vive de certains rétrécissemens a sa source dans le tempérament nerveux, éminemment impressionnable, des sujets

qui en sont affectés. A part le défaut d'écoulement, ces cas se font reconnaître à l'agitation, à la fièvre, à l'insomnie, au délire, au gonflement et à l'éréthisme du canal, que provoque le séjour de la sonde, ou chaque tentative de cathétérisme.

Il n'est pas rare, enfin, d'observer un excès de sensibilité dans les rétrécissemens, sans qu'on puisse l'attribuer ni à une exulcération coexistante, ni à la blennorrhagie chronique, ni au tempérament nerveux de l'individu. On est obligé, pour s'en rendre compte, de recourir à ces idiosyncrasies qui font que chez tel sujet, c'est la sensibilité de la muqueuse urétrale qui exerce une sorte de prédominance, tandis que chez tel autre, c'est celle du foie, de l'estomac, ou de tout autre organe.

Lorsque la susceptibilité extrême du rétrécissement et du canal est due à un *état nerveux*, soit général, soit simplement local et idiosyncrasique, on ne peut songer ni à la dilatation ni à la cautérisation, à moins toutefois qu'on n'ait eu la précaution de les faire précéder d'injections narcotiques, ou de l'introduction d'une pommade contenant de l'acétate de morphine; celle-ci aura été présentée à l'obstacle au bout d'une sonde, à l'aide d'un

mandrin qui agit comme le piston dans une seringue ordinaire. Sous l'influence de la torpeur qui se manifeste alors, le rétrécissement se dilate et admet les corps dilatans qu'on a le soin d'enduire de cérat opiacé afin de continuer l'effet déjà obtenu. Nous avons observé, à l'hôpital St-Éloi, un homme qui éprouvait des accès de fièvre toutes les fois qu'on lui mettait une sonde dans le canal; la pommade narcotique qu'on mit en usage, fut si bien absorbée, qu'il se déclara des symptômes de l'empoisonnement par l'opium : délire, dilatation des pupilles, etc. Dès qu'ils furent dissipés, les inconvéniens du cathétérisme ne se renouvelèrent plus.

L'occasion se présente ici de dire un mot des *rétrécissemens spasmodiques* qui, isolés de tout autre état pathologique, sont dus, comme on le sait, à des contractions temporaires du canal de l'urètre. Il est des individus dont la susceptibilité nerveuse de l'urètre est accrue au point que le simple passage de l'urine y détermine des resserremens involontaires et inaperçus qui rendent le jet de ce fluide difficile, intermittent, de manière à en imposer quelquefois pour un véritable rétrécissement. Les empreintes obtenues par la sonde explo-

ratrice ont souvent favorisé une pareille erreur, parce que la cire sur laquelle se resserre le canal, s'alonge et prend la forme d'un cône aigu. Nous avons observé à la Clinique plusieurs cas de ce genre.

Un malade qui, sur la foi des chirurgiens dont il avait reçu les soins à Marseille, se disait atteint d'un rétrécissement à quatre pouces, vint à Montpellier se confier à M. Lallemand. Ce professeur introduisit un porte-empreinte dont la marche se trouva arrêtée à six pouces. Soupçonnant une erreur de la part des praticiens qui l'avaient précédé, ou de la part du malade lui-même, il voulut néanmoins réitérer l'expérience avant de procéder à la cautérisation, et il trouva cette fois l'obstacle à deux pouces en arrière du méat. Étonné de ce que ce rétrécissement avait échappé à sa connaissance lors de la première exploration, il fit pénétrer plus avant encore le porte-empreinte qui arriva avec facilité jusqu'à la vessie. Quelques jours après, il crut reconnaître un rétrécissement à sept pouces et demi, et il se décida à cautériser. Mais il ne tarda pas à s'apercevoir par la liberté du jeu de la sonde porte-caustique, que l'obstacle présumé n'existait pas en réalité. Le regret qu'il eut de cette

cautérisation ne dura pas long-tems : dès le lendemain, le malade lui apprit avec de joyeuses manifestations qu'il urinait avec la plus grande facilité.

Toutes les fois qu'on a des raisons pour soupçonner un rétrécissement spamodique, il faut introduire dans le canal la sonde la plus volumineuse possible, la maintenir en place pendant un certain tems dans le lieu rétréci, puis la pousser avec lenteur et s'arrêter encore dès qu'on sent un nouvel obstacle. Il est prudent d'attendre plusieurs minutes au moment de chaque contraction, au risque de n'arriver qu'au bout d'un quart-d'heure dans la vessie, comme cela s'est vu plusieurs fois. Le maniement du porte-empreinte comporte le même procédé qui est excellent pour reconnaître les rétrécissemens spasmodiques.

On a attribué ces rétrécissemens aux contractions des fibres musculaires du canal, et notamment à celles d'un muscle signalé par Wilson au pourtour de la portion membraneuse, et qui parait n'être que des fibres détachées du releveur de l'anus. Cette opinion est évidemment erronnée puisqu'ils peuvent se former depuis l'orifice du gland jusqu'à la portion membraneuse. D'autres admettant

la possibilité de la contraction sans le concours de fibres musculaires l'ont invoquée ici en s'appuyant de ce qu'on observe dans le dartos, dans l'élément élastique des bronches, dans la couche externe de l'uretère, etc. Si l'on refléchit qu'il entre dans la composition du canal un corps érectile extrêmement susceptible de se mettre en action et de se laisser dilater par le sang à la moindre provocation, on ne sera pas étonné qu'un gonflement partiel de ce tissu puisse rétrécir le conduit urinaire dans un point de sa longueur; mais cette tuméfaction n'est pas de longue durée; le moment de la détente ne tarde pas à venir et à la dissiper ainsi que ses effets. L'emploi d'une sonde d'argent volumineuse, en pareille circonstance, est fondé sur l'efficacité avec laquelle elle déprime la tuméfaction. En hiver, il faut avoir le soin, avant de s'en servir, de la réchauffer en la tenant pendant quelque tems dans la paume des mains, parce que la sensation de froid qu'elle détermine a souvent pour résultat des contractions spasmodiques du canal.

Ce qui précède suffit déja pour apprécier à sa juste valeur le conseil donné par certains praticiens de passer avec une grande célérité

la sonde, afin de surprendre en quelque sorte le rétrécissement. Il faut évidemment lui substituer celui de n'introduire l'instrument qu'avec une lenteur des plus ménagées. Le cathétérisme rapide ne peut manquer de solliciter les contractions du canal, et d'exposer en même tems à des fausses-routes.

Appliquée aux rétrécissemens spasmodiques, la cautérisation produit des effets extrêmement avantageux. On peut présumer que son action est ici analogue à celle qui résulte pour la conjonctive chroniquement enflammée du contact du caustique qui en diminue la sensibilité d'une manière si remarquable. Elle doit être légère, superficielle, parce que son but unique est de modifier la surface de la muqueuse urétrale, et non de la détruire, d'opérer une sorte de métamorphose dans le mode de la sensibilité. Il suffit donc de barbouiller rapidement dans tous les sens, avec le nitrate d'argent, l'épithélium de la membrane, et de déterminer une simple abrasion des villosités : cela fait, on retire tout de suite la sonde porte-caustique. Sans renoncer au bon parti que l'on peut tirer des injections et des pommades narcotiques, M. Lallemand leur préfère, dans les cas d'écoulemens, la cautérisation, en

raison des succès dont elle est toujours suivie. Il a été conduit à l'adopter par l'observation des effets étonnans qu'il en avait obtenus sur des rétrécissemens spasmodiques, qu'une illusion presque inévitable lui avait fait prendre pour des rétrécissemens permanens.

§ VI.

Rétrécissemens par cicatrice, par traumatisme. A la suite d'un coup, d'une chute ou de toute autre violence physique qui a porté son action sur le périnée ou sur la verge, il peut arriver que la contusion n'ayant pas été très forte, les phénomènes inflammatoires, qui donneront lieu à un rétrécissement ultérieur, se bornent presqu'entièrement à l'extérieur de l'urètre. La contusion a-t-elle été au contraire excessive, des escarres se forment et sont éliminées par la suppuration, des collections purulentes se font jour soit au dehors soit au dedans du canal, surtout si l'art n'a pas prévenu ou dirigé sagement ces accidens redoutables dont le résultat le plus fréquent est une déperdition de substance, plus ou moins considérable, suivie d'une coarctation d'une force et d'une étendue proportionnées.

Cette espèce de rétrécissement mérite un traitement particulier. La cautérisation soit latérale, soit d'avant en arrière, ne saurait être employée avec avantage. Agissant en effet à la surface intérieure de l'urètre, elle ne peut guère modifier heureusement des strictures dont le siége principal est à l'extérieur, et dont la partie la plus minime correspond à la muqueuse elle-même.

Les faits observés à l'Hôtel-Dieu-St-Éloi ont prouvé que, dans ces cas difficiles, la dilatation est le moyen unique de traitement sur lequel on puisse fonder des espérances, et que son emploi est ici d'une nécessité aussi absolue que celui de la cautérisation pour les rétrécissemens accompagnés d'ulcération ou d'inflammation chronique. Cette dilatation doit être continue, permanente, afin de s'opposer aux efforts de retrait incessans, exercés par le tissu éminemment rétractile de la cicatrice. Les effets de la dilatation sont d'autant plus fugaces, que celui-ci a plus de force et d'étendue. Il peut même se faire que le malade soit condamné à la condition rigoureuse de ne se délivrer de la sonde que le tems nécessaire pour lui en substituer une autre. Un malade qui a été observé, à Marseille, par

M. Lallemand, s'était fait, en tombant à califourchon sur une planche de sapin, une contusion au périnée, suivie d'escarres et d'un rétrécissement de l'urètre. Bien que trois années se fussent écoulées depuis ces accidens, il était obligé de conserver à demeure dans le canal une sonde, parce que toutes les fois qu'il avait essayé de l'ôter pendant un peu de tems, il était survenu une rétention d'urine des plus graves. Afin de ne pas être privé du coït, il avait eu l'idée de couper la sonde exactement au niveau du méat, quand le pénis était à l'état de répos. Dès que celui-ci entrait en érection, elle s'enfonçait dans l'urètre entraînant avec elle une certaine longueur des fils qui lui avaient été fixés. L'éjaculation du sperme se frayait un passage entre les parois de la sonde et celles du canal; souvent elle n'avait lieu qu'après la cessation de l'orgasme.

Quelques cas se sont présentés où l'emploi de la dilatation n'a pas astreint le malade à des inconvéniens aussi fâcheux. Nous ne reviendrons pas sur l'histoire du nommé Gasquet consignée dans l'ouvrage de M. Lallemand. Elle est remarquable en ce qu'elle indique la marche à suivre dans le traitement des rétré-

cissemens souples, élastiques, d'une dilatation facile au moyen de la sonde, mais subissant, dès qu'on la retire, un retrait des plus rapides. Lorsqu'on était parvenu chez Gasquet à faire entrer dans le canal la sonde N° 12, il suffisait de sa soustraction pendant une demi-journée pour que l'on fût obligé de recommencer par les sondes les plus petites. A force de patience, on parvint à diminuer successivement la durée du séjour des corps dilatans. Cet homme qui habite encore Montpellier les a pu mettre entièrement de côté depuis cinq ans, et nous a assuré, il y a peu de jours, que la liberté du canal n'avait plus subi la moindre atteinte.

Un autre malade s'est offert affecté d'un rétrécissement survenu à la suite de plusieurs blennorrhagies. Des abcès dévéloppés aux environs du canal sous l'influence de manœuvres malhabiles avaient été suivis de fistules urinaires. Persuadé que ces abcès avaient déterminé une perte de substance qui assimilait le cas actuel aux précédens, M. Lallemand refusa de faire la cautérisation qui lui etait demandée avec de grandes instances, bien déterminé à n'employer que la dilatation. Étant parvenu à engager la sonde N° 12,

il observa que lorsqu'elle était gardée trop long-tems, il se manifestait dans le canal de la douleur et une turgescence inflammatoire avec émission pénible et menace de rétention complète d'urine. Il ne laissa dès-lors séjourner à chaque fois l'instrument que durant plusieurs heures, ayant le soin de régler sur la diminution de l'élasticité du tissu de la cicatrice la longueur du repos qu'il laissait prendre au canal. Cette conduite doit être formulée en précepte. Elle permet d'éviter autant que possible une congestion inflammatoire locale. Suivie avec persévérance pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, elle finit par amener une guérison radicale. D'abord le malade peut se dispenser de corps dilatans pendant huit jours, puis pendant quinze jours, puis durant un mois, etc, jusqu'à ce qu'enfin il soit tout-à-fait affranchi de la nécessité d'y recourir. L'individu dont il vient d'être question, n'est en ce moment obligé de se mettre une sonde que pendant une demi-heure et à de très grands intervalles de tems Il n'est pas trop téméraire, ce semble, d'appeler ce résultat une guérison. Nous avons observé des cas pareils en assez bon nombre. Ce n'est plus

ici, à proprement parler, une dilatation permanente, mais plutôt une dilatation temporaire souvent répétée et portée peu-à-peu au plus haut degré.

On se ferait une idée incomplète de l'action de la sonde si on n'avait égard qu'à la pression excentrique qu'elle exerce sur le tissu de la cicatrice. La présence de ce corps étranger entretient en outre dans le point rétréci et dans les parties adjacentes, une irritation sécrétoire capable de ramollir et de rendre par conséquent plus aptes à la résorption les matériaux déposés dans la trame vivante du tissu cicatrisé. Il y a plus : cette irritation, en activant les propriétés vitales de la partie, augmente l'énergie de cette absorption, en même tems que la compression s'oppose à un nouvel apport de produits inflammatoires. Suivant que ces effets seront plus ou moins prononcés (ce qui dépendra du degré d'ancienneté et de densité de la cicatrice), la guérison sera elle-même plus ou moins prompte. Nous citerons entr'autres faits le suivant où elle ne s'est pas fait trop longtems attendre.

Prat, cultivateur, marchant dans une grange, tomba par mégarde à travers une trape,

et fut reçu à califourchon sur une roue de charrette dans l'écurie au-dessous. Il ressentit une forte secousse, mais n'éprouva pas une grande douleur. Une heure après, il ne put satisfaire au besoin d'uriner, et sentit, en s'efforçant, une douleur dans le point où s'arrêtait l'urine. La sonde qu'introduisit le chirurgien détermina la sortie de nombreux caillots sanguins : des sangsues furent appliquées, et une sonde mise à demeure. Quelques jours après, une tumeur apparut au périnée, fut incisée et laissa échapper l'urine. La fistule se ferma bientôt et le malade crut être guéri. Mais il ne tarda pas a s'apercevoir que le canal se rétrécissait : l'émission des urines devint de plus en plus difficile, puis presqu'impossible. Il vidait la vessie goutte à goutte lorsqu'il entra pour la premiére fois à l'Hôpital St-Éloi, en mars 1831. Il en sortit guéri au bout de deux mois par l'emploi de la dilatation. Nous le vîmes rentrer le 6 février 1834 à l'hospice. Il nous raconta avoir négligé le conseil qui lui avait été donné de passer de tems en tems une sonde dans le canal, s'être livré à des excès de table, et éprouver depuis sept à huit mois de la difficulté à uriner.

7-8-9 février. Tentatives infructueuses de cathétérisme. Le porte-empreinte n'indique rien. Bain.

10-11-12. Une grosse sonde est poussée par M. Lallemand jusqu'à l'obstacle, et y est maintenue pendant trois ou quatre heures, chaque fois sans succès.

13. Une petite bougie est introduite et gardée pendant quatre heures : l'urine coule goutte à goutte. — 14. On est obligé de se servir d'une bougie plus petite.

15. Cathétérisme impossible. On revient à la dilatation *vitale*.

16. Injection avec un demi-grain acétate de morphine dans le canal. Quelques jours après, une petite sonde peut pénétrer ; on la laisse toute la journée. Le soir, envie prononcée d'uriner, qui n'est satisfaite qu'avec douleur et difficulté, malaise général, céphalalgie.

17. Amélioration.

18-19. Accès de fièvre dans la journée. On ôte la sonde.

21. Le malade se trouve très bien depuis hier. La dilatation rapide est essayée de nouveau.

22. Avec de la patience on parvient à fran-

chir l'obstacle avec une petite sonde en argent. Fièvre toute la nuit.

23. A la visite, la sonde en argent est remplacée par une autre en gomme élastique. On change celle-ci le soir pour une plus volumineuse. La nuit se passe sans fièvre. On continue cette dilatation progressive, et l'on obtient ainsi de faire passer une sonde, N° 8, le 25. Le soir du même jour, on essaye inutilement de placer le N° 11. Douleur, fièvre. Il faut revenir au N° 8 que l'on remplace le 26 par le N° 10, et le 27 par le N° 12. Celui-ci, malgré les douleurs qu'il fait éprouver, n'est retiré que le lendemain matin. La nuit a été fort agitée. Une matière mucoso-purulente s'écoule du canal où siège une vive cuisson. Vingt sangsues au périnée.

3. Mars. Mieux. Émission de l'urine assez facile. Bain.

5. L'appetit nul jusqu'à présent revient, langue sèche, pâteuse. Le jet de l'urine commence à éprouver quelque diminution.

7. Une sonde d'argent, N° 7, est introduite dans le canal; quelques heures après, une sonde en gomme élastique, N° 9, lui succède, et le soir, le N° 11 ne cause point de douleurs.

9. Légère douleur dans le testicule droit.

Le canal est libre, mais l'émission de l'urine est accompagnée encore de quelque cuisson. Le lendemain, le testicule est revenu à son état normal.

18. Prat demande à sortir : on introduit avec facilité le N° 10, et l'on s'assure ainsi que depuis la suspension de l'usage des corps dilatans, il ne s'est pas fait une nouvelle diminution dans la capacité de l'urètre.

28. Le malade quitte l'hôpital dans un état parfait de guérison qui ne s'est pas depuis lors démenti.

§ VII.

Nous venons de passer en revue les catégories bien tranchées de rétrécissemens qui exigent, d'une manière exclusive, ou la cautérisation ou la dilatation. Le mode thérapeutique précédemment assigné aux rétrécissemens par ulcération, nous conduit par une transition naturelle à examiner l'emploi de la dilatation simple dans les cas qu'on observe le plus fréquemment (induration du tissu cellulaire sous-muqueux), et celui de la cautérisation combinée avec la dilatation, lorsque celle-ci est insuffisante. Personne que nous sa-

chions n'oserait aujourd'hui prétendre qu'une méthode unique de traitement doit être appliquée indistinctement dans toutes les circonstances : chaque cas particulier a pour ainsi dire son individualité thérapeutique. Tout ce que nous avons dit jusqu'ici a déjà mis cette vérité en lumière.

1° *Dilatation.* — La dilatation permanente qu'on employait jadis ne saurait nous occuper. Prolongée pendant des semaines et même des mois entiers, elle exposait à des abcès, à des fistules urinaires, à des orchites, aux perforations de la vessie, etc. ; mais, modifiée d'une manière convenable, elle rend les plus importans services. Voici comment nous la voyons pratiquer tous les jours, à l'hôpital St-Éloi, par M. Lallemand, que l'on suppose trop généralement employer, d'une manière absolue, la cautérisation. Le rétrécissement a-t-il son siége dans la portion droite du canal, une bougie en gomme élastique d'un diamètre qui lui est proportionné est introduite au devant, et, si cela est possible, au dedans de l'obstacle. Ce n'est que lorsque celui-ci existe dans la portion courbe, qu'une sonde en argent est employée dès le début, parce qu'elle glisse mieux et se laisse diriger plus facilement.

Elle est remplacée au bout de douze à quinze heures par une sonde en gomme élastique à laquelle on en substitue d'autres successivement plus volumineuses toutes les deux heures. Le gonflement que l'humidité du canal imprime à leur tissu étant en général relatif à son épaisseur, il arrive qu'après le laps de tems indiqué, la sonde a acquis des dimensions équivalentes à celles d'un numéro supérieur. Il y a plus : le passage de l'urine entr'elle et les parois de l'urètre démontre que celles-ci se sont écartées au-delà du degré de gonflement survenu dans le corps dilatant. Il s'est donc passé autre chose qu'une simple pression excentrique. Ce phénomène que feu M. le Pr Dupuytren a décoré du nom de *dilatation vitale*, n'est autre chose, d'après l'explication qu'il en a donnée lui-même, qu'un dégorgement des parois du canal déjà signalé par Chopart, et qui est le résultat de la sécrétion excitée dans la muqueuse à son point de contact avec la sonde. Ajoutons encore à cela, que la contraction spasmodique du canal qui avait lieu pendant l'introduction du corps dilatant, venant à cesser au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, ce relâchement contribue pour sa part à la dilatation indiquée.

Il arrive aussi souvent qu'il n'est pas nécessaire d'observer la graduation des calibres, et l'on peut en être averti d'avance si l'on a la précaution, avant de retirer la sonde, de lui faire exécuter des mouvemens, de la faire monter ou descendre d'un pouce à peu près. Si elle est immobile, comme étranglée par la stricture, on la laisse en place. A-t-elle, au contraire, de la liberté, on pourra passer tout-à-coup du N° 4 au N° 6 ou 7, en négligeant les numéros intermédiaires. L'habitude apprend à apprécier, d'après le degré du jeu de l'instrument, le nombre de numéros que l'on peut ainsi laisser de côté. Avec de la patience et de l'intelligence, il arrive par fois d'introduire en vingt-quatre heures le N° 12 après avoir commencé par le N° 1. Au moyen de cette dilatation rapide, on obtient d'aussi bons effets qu'avec la dilatation que l'on continuait autrefois pendant des mois entiers, et on en évite tous les inconvéniens. Il est encore vrai de dire que la dilatation rapide n'expose pas à des récidives plus promptes ni plus fréquentes que la dilatation permanente, ce qui prouve que la célérité dans la reproduction des rétrécissemens ne tient pas à celle de la dilatation, mais à la disposition organique

des obstacles qu'on a à combattre. Après que la dilatation rapide a été obtenue, on laisse reposer le malade pendant trois semaines, un mois et quelquefois un laps de tems plus considérable encore, et on attend ce qui arrivera. Les rétrécissemens *mous* sont les seuls qui ne tendent pas à se reproduire et dont la guérison soit radicale. Ce sont les cas les plus simples : la cautérisation est devenue inutile. A-t-on au contraire des motifs de craindre le retour de la stricture, on apprend au malade à se sonder et on lui recommande de mettre une sonde dans le canal dès que le jet urinaire lui paraîtra devenir plus mince.

Un resserrement du canal s'observe quelquefois vingt-quatre heures après qu'on a retiré la sonde. On n'a pas lieu de s'inquiéter de ce phénomène qui est dû à une congestion inflammatoire à l'occasion de laquelle il serait imprudent de se hâter de revenir au cathétérisme. Il suffira d'avoir recours aux applications de sangsues, aux bains, aux lavemens. Si le rétrécissement ne se reproduit qu'après un tems plus long, on obtient en quatre ou cinq heures, par la dilatation rapide, l'introduction de la sonde N° 12, qu'on laisse à demeure pendant une demi-journée : cette

nouvelle dilatation produit nécessairement un meilleur effet que la première, parce que les parties se trouvent mieux disposées, et parce que le rétrécissement n'est pas revenu au même point où il était précédemment. Enfin le rétrécissement se reproduit-il une troisième fois, on introduit dans un moindre espace de tems encore des sondes plus volumineuses dont on abrège le séjour, en sorte que la brièveté croissante dans la durée de l'application conduit à ne plus être obligé d'y revenir.

Il importe beaucoup, lorsque les malades éprouvent de nouveaux symptômes de rétrécissemens, de ne pas se tromper sur la cause qui peut diminuer le jet de l'urine. Il faut s'informer toujours avec soin s'ils ne coïncident pas avec une orgie, avec des fatigues excessives d'équitation, etc; car alors des moyens appropriés suffiraient, et il serait inutile, ou même dangereux, de recommencer l'usage des corps dilatans.

Après que le rétrécissement a été guéri par la dilatation, il reste quelquefois un écoulement muqueux, abondant, (*gleet* des Anglais). Lorsque les moyens appropriés n'ont pas suffi pour le faire disparaître, il est bon de pratiquer une cautérisation superficielle

du canal depuis le col de la vessie jusqu'au siége de la coarctation. Nous avons vu cette cautérisation toujours suivie de succès.

Telle est la méthode de la dilatation comme l'entend et la met en usage M. Lallemand. Applicable aux cas les plus simples, aux indurations médiocres, elle n'échoue au contraire que trop fréquemment dans les rétrécissemens durs, multiples, et doit alors faire place à la cautérisation dont elle prépare les bons effets.

2° *Cautérisation.* — Les porte-caustiques imaginés par Ducamp avaient les deux grands inconvéniens de rendre la cautérisation latérale impraticable dans la portion courbe du canal, endroit où résident précisément les neuf dixièmes de rétrécissemens, et celui d'exposer par leur petit calibre à intéresser les parties saines. Aussi, malgré le juste enthousiasme qui accueillit l'ouvrage de Ducamp, ses instrumens ont été oubliés au profit des sondes porte-caustiques droites et courbes que leur a substitué M. Lallemand. Il peut avec leur secours cautériser en une séance, dans un même canal, plusieurs rétrécissemens, en terminant par celui qui est le plus rapproché du gland. L'expérience lui a appris que les sondes porte-caustiques d'un mince calibre dont il s'était

d'abord servi quand le rétrécissement était petit, rencontraient avec difficulté l'ouverture de ce dernier; pendant qu'on cherchait à y pénétrer, de l'humidité s'introduisait dans la sonde et faisait fondre le nitrate d'argent. D'une autre part, les cautérisations opérées sur des rétrécissemens étroits exposent à laisser des escarres qui, après s'être détachées, s'enroulent dans l'intérieur de l'obstacle ou derrière lui, de manière à causer une rétention complète d'urine. Enlever cette espèce de bouchon est une tâche dont on comprend les difficultés d'autant plus qu'on est obligé d'avoir recours à des instrumens d'un faible diamètre. C'est afin de rémédier à ces inconvéniens, que M. Lallemand a modifié ce point de sa pratique, et ne se sert plus actuellement que de sondes porte-caustiques volumineuses. Les Nos 9 et 10 sont ceux qu'il préfère ordinairement; il est rare qu'il ait recours à un numéro au-dessous. Il fait précéder cette cautérisation par la dilatation rapide telle que nous l'avons exposée, à laquelle succède un repos dont la durée est en rapport avec le degré d'excitation suscitée dans le canal. Avec de telles précautions, le caustique peut avoir une action large, forte, superficielle à la fois,

exempte d'un grand nombre d'accidens qui ne lui étaient que trop familiers. Le plus souvent le resserrement consécutif à la chute des escarres n'exige pas une nouvelle cautérisation. Après celle-ci il faut se garder de recourir aux corps dilatans, qui ont l'inconvénient ou d'emporter la cicatrice qui s'est déja formée ou de provoquer une irritation favorable aux récidives.

M. Lallemand est dans l'usage de pratiquer la cautérisation quand il s'agit de rétrécissemens *durs, multiples,* dont la reproduction est très facile aprés la cessation du séjour des sondes. Il renonce dès-lors à la dilatation, surtout si le rétrécissement est très sensible et rend pénible la présence des corps dilatans. Les rétrécissemens fibro-cartilagineux ne sont pas ceux qui résistent le plus à l'action du caustique, à laquelle leur épaisseur les rend moins sensibles que les autres, en même tems qu'elle protège davantage les tissus sains sous-jacens. Les rétrécissemens multiples sont attaqués successivement en procédant du plus profond au plus antérieur : les inconvéniens d'une marche inverse sont trop évidens pour y insister.

Nous résumerons ce paragraphe en disant

que dans les rétrécissemens ordinaires la *dilatation* est toujours avantageuse lorsqu'elle est employée de prime abord, parce que, si elle est insuffisante pour guérir, elle permettra du moins l'introduction des sondes porte-caustiques les plus volumineuses. La *cautérisation* doit être employée dans tous les cas où la dilatation échoue; son opportunité aura de plus pour gage la promptitude des améliorations qu'elle entraîne. Elle sera rapide, superficielle dans la majorité des cas où il s'agit principalement de modifier la vitalité des parties et de solliciter la résolution par une suppuration consécutive. Dans d'autres circonstances, lorsqu'il est question, par exemple, de rétrécissemens durs, rebelles à la dilatation, elle doit plutôt détruire que modifier.

En faisant l'exposition succinte des méthodes de traitement employées par M. le Pr Lallemand contre les divers genres de rétrécissement, nous nous sommes peu occupés de les étayer par une longue énumération des succès nombreux dont nous avons été le témoin dans l'espace de plusieurs années et qui en proclament les avantages. Nous n'éprouvons que le regret de n'avoir pu embrasser dans une description générale cette multitude de cas

épineux, insolites, en dehors de toute prévision, contre lesquels nous avons vu ce célèbre Professeur opposer avec avantage les ressources de son talent et de son expérience.

FIN DU PREMIER MÉMOIRE.

ESSAI

SUR

LES TUBERCULES.

MÉMOIRE

QUI A REMPORTÉ UN DES PREMIERS PRIX DE LA SOCIÉTÉ CHIRURGICALE D'ÉMULATION.

DEUXIÈME MÉMOIRE.

ESSAI

SUR LES

TUBERCULES.

L'intérêt puissant qui se rattache à la question des Tubercules a dû nécessairement faire naître beaucoup d'efforts pour expliquer leur mode de production et le mécanisme de leurs phases successives. Si jusqu'ici le problème n'a pas été mieux dégagé de ses inconnues, cela paraît tenir à cette marche trop invariable de l'esprit humain qui consiste à n'arriver à la vérité qu'après avoir sacrifié au goût des causes occultes ou à un faux analogisme. On compara d'abord le tubercule à un *germe* ayant en lui-

même les conditions de son existence, de son développement et de ses transformations ultérieures. Fruit de l'imagination, une pareille hypothèse pouvait-elle mériter la place qu'elle occupe dans des livres tout récens? Les investigations en se multipliant donnèrent lieu à des interprétations dont le défaut d'unité a sa source dans la variété des produits hétérogènes que l'on comprend à tort sous la dénomination commune et mal définie de Tubercule. Les granulations grises, les concrétions pierreuses, les hydatides elles-mêmes, malgré leur rareté, ont été confondues dans une même description avec les masses isolées ou agglomérées de pus concret. On les a fait dériver les unes des autres, parce qu'on s'est laissé séduire par de fausses apparences de transition entr'elles, sans tenir compte des différentes tranchées qui les séparent. Déja cependant ces différences ont été signalées par des médecins qui font autorité en anatomie pathologique. Bayle et M. Chomel ont reconnu une absence complète d'identité entre les granulations grises et les tubercules. M. Andral a nié aussi que ceux-ci fussent primitivement gris et transpàrens, se fondant sur ce qu'on ne les voit jamais en cet état, ailleurs que dans le

tissu pulmonaire. Pour lui, les granulations miliaires des poumons sont des vésicules aériennes indurées, celles des membranes séreuses, des rudimens de fausses membranes, et celles des membranes muqueuses, des follicules hypertrophiés. L'opinion du Dr Baron de Glocester n'a guère eu de retentissement que dans la médecine vétérinaire, et tombe devant les expériences du Dr Abercrombie, qui ont fait voir que la matière tuberculeuse diffère essentiellement de celle contenue dans une hydatide.

La théorie que nous allons exposer dans le cours de ce mémoire, nous paraît se distinguer parmi les autres, en ce que, séparant ce qui avait été confondu, elle saisit, dans ses plus minucieux détails, le mécanisme de la Tuberculisation. Applicable aux tubercules de tous les tissus, elle en éclaire les diverses périodes et les montre constamment ralliées au grand phénomène de la puogénie. Le fait primitif sur lequel elle repose (origine liquide et purulente du tubercule) a été admis successivement par MM. Broussais, Magendie, Andral, Cruveilher, Bouillaud, etc. Mais, à part certaines modifications dans la série des interprétations des phénomènes, il restait à désirer de nombreux

développemens ainsi que des démonstrations plus complètes.

Disons par anticipation que ce serait une étrange erreur de supposer la tuberculisation comme le produit d'une inflammation ordinaire et indépendante de certaines conditions générales inhérentes à l'organisme. Cette inflammation a dans sa marche, dans son intensité, dans la succession de ses actes, quelque chose de spécial comme les circonstances d'organisation héréditaire ou acquise, au milieu desquelles on la voit naître. Aussi serait-il peu rationnel de poser sous forme d'objection ces deux questions : Pourquoi l'inflammation ne produit-elle pas toujours des tubercules ? Pourquoi n'est-elle pas constamment manifestée au dehors par des symptômes évidens ?

Au reste, toute polémique a été bannie de ce travail qui s'appuie principalement sur les recherches consciencieuses et savantes auxquelles M. Lallemand s'est livré avec un zèle infatigable. Ce sera au lecteur d'apprécier si les déductions tirées des faits ont été rigoureuses, et si la doctrine qui en est l'expression ne mérite pas la haute faveur qu'elle s'est acquise dans cette école parmi ceux qui s'occupent avec ardeur de l'étude de l'anatomie pathologique.

—

OBSERVATION 1re.

—

(Salle St-Côme, No 26. — Service de M. LALLEMAND).

—

Otite avec paralysie du nerf facial du côté gauche. — Accès de fièvre. — Ményngite. — Mort. — Autopsie : Altérations du rocher du temporal et des nerfs qui le traversent. — Tubercules dans les poumons.

Roux, fusilier au 4e régimeut de ligne, fut reçu dans les salles de la Clinique externe, le 23 décembre, pour être traité d'une otite. L'oreille gauche, qui en était le siége, avait fourni, cinq mois auparavant, une suppuration sanguinolente, qui avait succédé à la rupture de croûtes jaunâtres développées dans l'intérieur du conduit auditif externe. Cet écoulement disparut après un traitement de trois mois qui consista en des injections et des cataplasmes émolliens. Atteint plus tard de fièvres intermittentes, Roux éprouva pendant leur durée une nouvelle inflammation dans la

même oreille, avec tuméfaction considérable de la joue et de la tempe correspondantes. Peu de tems après la guérison des accès fébriles, il passa aux salles des blessés où il se présenta dans l'état suivant :

La constitution est détériorée, et le teint d'un jaune-paille. Les traits de la face sont manifestement déviés à droite. La paralysie du côté gauche de cette partie, n'intéresse que la motilité. La parole et la mastication sont gênées. Lorsque le malade veut soustraire l'œil gauche à la lumière, les paupières restent immobiles pendant que le globe oculaire subit un mouvement de rotation sur son axe transversal. Au moyen de ce mouvement antéro-postérieur, la cornée va se cacher entièrement derrière la paupière supérieure. Il est évident que les nerfs moteurs musculaires de l'œil suppléent ici à l'action des nerfs palpébraux paralysés, et remplissent le même but. Le malade se plaint d'une céphalalgie intense ; une suppuration abondante, fétide, d'un jaune sale, se fait jour en dehors de l'oreille malade ; il y a surdité complète de ce côté, et sentiment d'une douleur interne des plus violentes. (Saignée de 12 onces, — séton à la nuque, — 2 pots d'orge sucré).

1er janvier. — La céphalalgie qui avait diminué les jours précédens, a repris aujourd'hui une grande intensité, et s'est accompagnée d'une agitation fébrile. Une saignée de 8 onces est pratiquée et opère un soulagement sensible.

3. — L'écoulement purulent de l'oreille n'a pas diminué. Application d'un cautère à l'apophyse mastoïde gauche avec la potasse caustique.

6. — Nouvelle saignée de 8 onces, à cause de la réapparition des élancemens douloureux de la tête.

7. — Le malade annonce qu'il est constipé depuis cinq jours. (2 lavemens émolliens, portion purgative avec 2 onces huile de ricin et 2 onces fleurs de pêcher).

8. — Le retour des selles a dissipé comme par enchantement les douleurs de tête.

17. — Le malade est pris de diarrhée. (1 gros de diascordium, — 2 demi-lavemens narcotiques, — eau de riz gommée). Ces prescriptions sont continuées jusqu'au 22; le devoiement ayant cessé, elles sont remplacées par les suivantes : un quart de grain oxide d'or, matin et soir ; tisane de salsepareille et 2 onces sirop idem; 2 lavemens. Il s'agit à la

fois de relever les forces du malade, et de combattre une infection vénérienne soupçonnée : le malade a eu il y a un an des symptômes syphilitiques.

23. — Un accès de fièvre s'est manifesté et a duré depuis 3 heures de l'après-midi jusqu'à cinq.

25. — L'accès s'est répété à la même heure : il y a en ce moment, dans les salles des blessés, un grand nombre de fièvres intermittentes. (Tisane et sirop de salsepareille suspendus).

27. — Autre accès à la même heure.

28. — La tempe gauche est devenue depuis quelques jours tuméfiée et douloureuse. (12 sangsues autour de la partie enflammée, — oxide d'or suspendu, — 12 grains sulfate de quinine en trois fois et de quatre en quatre heures, de manière que la dernière dose soit administrée plusieurs heures avant le retour présumé de l'accès).

29. — L'accès a manqué.

30. — Une ouverture est pratiquée à l'abcès qui s'est formé à la tempe gauche; il s'est échappé une cuillerée d'un pus mal élaboré. On ne donne plus que six grains de sulfate de quinine. — Limonade.

2 février. — Un stylet d'argent introduit

dans l'abcès de la région temporale permet de reconnaître, au son de la percussion, qu'il existe une nécrose de la portion écailleuse de l'os. Les accès de fièvre n'ont plus reparu. (Sulfate de quinine suspendu, — reprise de la tisane et du sirop de salsepareille. — Quart matin et soir.

11. — Jusqu'à ce jour le malade avait été très docile et très patient. Il était reconnaissant des soins qu'on lui donnait et avait confiance en l'avenir. Délivré successivement de la diarrhée et des accès fébriles, il s'apercevait d'une diminution notable de la suppuration de l'oreille. Maintenant la scène a changé; il y a anxiété, découragement, sentiment d'une faiblesse générale et d'un malaise indéfinissable.

12. — Nuit mauvaise, un accès de fièvre s'est déclaré à trois heures du matin. (Tisane et sirop de salsepareille suspendus, — diète, — trois pots de petit-lait).

13. — Nouvel accès : les périodes de froid et de chaleur ont été irrégulières et ont duré une grande partie de la journée, de manière à simuler plusieurs accès dans un même jour. (Tisane de centaurée).

14. — Troisième accès de fièvre ayant la même irrégularité que celui d'hier. La nuit

a été sans sommeil. (12 grains sulfate de quinine).

15. — Quatrième accès.

16. — Prostration générale des forces : la peau est chaude et sudoreuse; la hanche gauche est le siége d'une douleur si vive, qu'elle absorbe toute l'attention du malade et lui arrache continuellement des cris. L'inflammation qui est survenue dans cette partie paraît être l'effet d'une pression prolongée, le malade ayant depuis long-tems l'habitude de coucher sur le même côté pour faciliter l'écoulement du pus de l'oreille.

17. — L'accès ne s'est reproduit ni hier, ni aujourd'hui. (Sulfate de quinine suspendu).

18. — Chaleur à la peau, pouls fréquent, soif intense, diarrhée; la douleur de la jambe s'est propagée à la cuisse.

19. — Même état. Délire obscur pendant la nuit.

20. — Le délire persiste depuis hier soir; pouls petit et fréquent; soubresaut des tendons. Mort le même jour.

Nécropsie le lendemain (22 heures après la mort).

CRANE.

On aperçoit, entre les deux feuillets de l'a-

rachnoïde, des pseudo-membranes à moitié organisées, d'une consistance très faible, formant des espèces de réseaux à mailles très rapprochées, et nageant dans un fluide abondant, visqueux et de couleur jaunâtre. — Le cerveau n'a rien perdu de sa consistance et n'offre de remarquable qu'une couleur grisâtre répandue sur la surface de la partie inférieure et postérieure du lobe gauche, au niveau du rocher de l'os temporal affecté. — La tente du cervelet est adhérente à cet organe. La surface inférieure du lobe gauche de ce dernier a une teinte verdâtre, et est le siége d'un ramollissement qui ne dépasse pas la substance grise. La portion de dure-mère qui la tapisse, présente la même teinte. Après avoir fendu le sinus latéral dans toute sa longueur jusqu'au golfe de la veine jugulaire interne, on y trouve du pus à l'état de pureté, adhérent, comme une substance albumineuse, aux parois de la portion du sinus qui le contient; plus loin, ce pus se trouve mêlé à du sang; plus loin encore, on observe de petits caillots de sang d'un noir violacé : des nuances intermédiaires lient ces diverses altérations entr'elles. L'inflammation s'est évidemment communiquée de la portion de gouttière osseuse côtoyant le rocher carié

au sinus veineux qu'elle contient · on en voit des traces jusqu'au golfe de la veine jugulaire interne où elle s'est arrêtée, et le pus qui en a resulté, a été, comme il vient d'être vu, assez épais pour contracter en quelques points des adhérences.

Examen de l'os temporal gauche. Une coupe heureuse permet d'apercevoir avec netteté toute l'étendue de l'intérieur du canal ossenx parcouru par le nerf facial dans l'épaisseur du rocher. Ce nerf est sain à la face; son altération ne commence qu'à une ligne avant son passage dans le trou stylo-hyoïdien et s'annonce par une injection rosée : en remontant dans l'aqueduc de Fallope, le cordon nerveux acquiert une coloration rouge de plus en plus prononcée, et après un court trajet, on ne peu plus rien distinguer, ni de sa substance ni du reste du conduit osseux qu'il avait encore à parcourir. En examinant d'une autre part le canal auditif interne, on constate que le nerf facial et le nerf auditif qui y pénètrent, sont grisâtres et ramollis. La même altération se remarque dans ces nerfs jusqu'à leur immersion dans le centre nerveux.

Les canaux demi-circulaires sont cariés et confondus en partie dans une sanie grisâtre,

ressemblant à de l'encre délayée dans l'eau. Il est évident que c'est par les ouvertures des aqueducs dans la cavité crânienne que l'inflammation s'est propagée au cerveau et au cervelet. La phlogose n'avait envahi encore que les ménynges qui tapissent le premier de ces organes; mais elle devait par son intensité et son voisinage du cerveau exciter nécessairement cet organe, et occasioner le délire qui a été observé pendant la vie. Le canal auditif externe est carié dans toute son étendue; une nécrose existe à la portion écailleuse du temporal, sous-jacente à des parties molles décollées et livrées à la suppuration; les cellules mastoïdiennes sont remplies de la même sanie qui baignait la substance altérée de l'apophyse pétrée de l'os.

POITRINE.

L'articulation costo-claviculaire droite est pleine de pus. Du même côté de la poitrine existent des adhérences celluleuses de la plèvre, et à l'endroit où elles cessent, on en voit d'autres, épaisses, jaunes, gluantes, et ayant subi un commencement d'organisation.

On rencontre çà et là dans les poumons des tumeurs dont le volume varie depuis celui d'un

pois jusqu'à celui d'une noix. Ces tumeurs s'annoncent à l'extérieur par une légère saillie et présentent au toucher une consistance plus grande que ce qui les entoure. En incisant ces tumeurs, on voit sourdre de chacune de leurs tranches des gouttelettes distinctes de pus. Dans quelques-unes, il fallait exercer une légère compression latérale pour exprimer le pus du fond des cellules qui le contenaient.

Une vaste suppuration baigne les muscles de la hanche et de la cuisse gauche : elle s'étend jusqu'au genoux.

Réflexions.

Les tumeurs dont nous venons de mentionner l'existence dans les poumons de l'individu qui fait le sujet de cette observation, sont en quelque sorte un échantillon de celles que nous avons pu voir dans un grand nombre d'autres cas : elles forment le premier degré du Tubercule. Leur existence a pu être préjugée dans les derniers jours de la vie, à cette époque où la faiblesse générale du malade, semblait livrer, sans défense, tous les organes à des inflammations, et justifier, à l'égard de ces dernières, la sentence d'Hippocrate : *qui debilis est proximus est ad morbum.*

Leur manifestation par des symptômes particuliers était rendue impossible par la concomitance des maladies graves qui affligaient à la fois le malheureux Roux.

OBSERVATION 2me.

—

(Salle St-Côme, No 30. — Service de M. LALLEMAND).

—

Cas remarquable d'abcès par congestion. — Altérations des vertèbres lombaires. — Tubercules dans les poumons.

Roques, chasseur au 6e régiment, avait gardé long-temps à l'aine gauche un bubon suppuré, et il n'en portait d'autre vestige qu'une petite plaie fistuleuse, située assez près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, lorsqu'il entra au quartier des vénériens de l'hôpital St-Éloi, dans le mois d'août. Un stylet explorateur introduit dans la plaie, permit de constater qu'elle communiquait avec un trajet fistuleux très long puisqu'il s'étendait en bas et en dedans jusqu'au voisinage du pubis. Le tra-

jet fut incisé dans toute sa longueur, mais les bords de la nouvelle plaie, au lieu de se réunir, devinrent le siége d'une irritation chronique : ils étaient durs, irréguliers, d'un rouge brun, et toute la surface de la plaie fournissait une suppuration abondante et de mauvaise nature. La solution de continuité s'agrandissant tous les jours en largeur et en profondeur, le malade fut transféré aux salles des blessés, au mois d'octobre suivant.

A cette époque, un traitement anti-syphilitique (pilules de Sédillot et oxide d'or alternés) est administré. L'ulcération ne prend pas un meilleur aspect; elle règne tout le long de l'arcade crurale, et s'enfonce assez profondément au-dessous d'elle.

Le 8 novembre, le malade bien loin d'avoir éprouvé aucune amélioration, va en se détériorant; bien plus, une tumeur molle, fluctuante, sans changement de couleur à la peau, ayant tous les caractères d'un abcès par congestion, s'est manifestée à l'aine droite. Quelques jours après, M. Lallemand pratique à la tumeur, une ouverture par laquelle il s'échappe une quantité considérable de pus, évidemment disproportionnée avec ce que pouvait en contenir la collection extérieure. Aux

pansemens suivans, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il y a une sorte d'équilibre établi entre la quantité de suppuration fournie par les ouvertures de l'aine droite et de l'aine gauche; que si l'une d'elles est tenue fermée, la suppuration de l'autre augmente; que si le malade se tient couché sur le côté droit, c'est l'ouverture du côté opposé qui fournit du pus en plus grande abondance, et *vice versâ*. M. Lallemand soupçonne l'existence d'une voie de communication entre les deux foyers, mais comment a-t-elle pu s'établir? Ce professeur suppose que le pus s'est frayé de chaque côté, sous le péritoine, un chemin jusqu'au devant du sacrum : ce qui aurait déterminé la fusion des deux collections morbides.

Quoiqu'il en soit, la plaie de l'aine gauche devient de jour en jour plus hideuse, il s'en écoule une suppuration d'un rouge sale, ressemblant à la lie de vin mêlée à de la crême, et annonçant une fonte des muscles psoas et iliaque correspondans. Les mêmes caractères de la suppuration se manifestent plus tard, au commencement de janvier, dans le foyer qui s'ouvre à l'aine droite.

A partir de cette époque, le malade fait des progrès rapides vers le dépérissement, sa mai-

greur est extrême. Tout le membre inférieur gauche s'infiltre, le repos des nuits est troublé par la toux. Roques s'éteint le 3 février.

Autopsie, le 4 février.

ABDOMEN.

L'excavation large et profonde de l'aine gauche remonte jusqu'aux insertions vertébrales du muscle psoas de ce côté, en passant sous le péritoine.

Les muscles psoas et iliaque gauches, ramollis, de couleur de lie de vin, sont détruits en partie par la suppuration. Les muscles homonymes du côté opposé présentent une altération de même nature, mais à un plus faible degré. Les uns et les autres sont contenus dans une même gaîne d'une demi-ligne d'épaisseur, laquelle, à mesure qu'elle passe au devant du rachis, renferme dans une sorte d'étui fibreux l'aorte descendante et la veine-cave inférieure confondues en apparence avec elle. En fendant cette gaîne à partir de la dernière vertèbre lombaire, on met à nu de chaque côté les troncs des artères iliaques et hypogastriques : ces vaisseaux sont entourés

d'une matière dense, fibreuse, formant corps avec la gaîne indiquée; l'aspect d'un tissu fibreux accidentel, qu'a pris leur enveloppe cellulaire, est dû à l'extension de l'inflammation des parties voisines à cette dernière.

La surface antérieure des corps des *vertèbres lombaires* était comme rongée. Vers la deuxième et la troisième vertèbres lombaires, l'altération était plus étendue et plus ancienne. La première, la quatrième et la cinquième étaient dans le cas contraire.

Le corps de la *cinquième* vertèbre, entièrement dépouillé du surtout ligamenteux antérieur, présentait à la surface une matière d'un rouge violet, assez semblable au tissu de la betterave. En raclant avec le scalpel, on enlevait une sorte de gelée infiltrée de sang, qui masquait au-dessous d'elle de nombreuses excavations. Cet état de la vertèbre représentait fidèlement ce que l'on a appelé *ramollissement rouge*, dans ces derniers tems.

La surface des corps de la *quatrième et de la première* vertèbres était aussi corrodée et détruite, mais l'altération était plus profonde aux deuxième et troisième.

La *deuxième* vertèbre offrait au-dessous du surtout ligamenteux antérieur, des exca-

vations qui contenaient une matière gélatineuse et infiltrée de pus. En frottant avec le manche du scalpel, on déterminait de nouvelles excavations dans le tissu de cette vertèbre, où il était impossible de méconnaître le *ramollissement jaune*. Cet état est tout-à-fait comparable à l'hépatisation grise du poumon, avec la seule différence que le pus est infiltré dans des cellules *osseuses* ramollies, dans le cas qui nous occupe.

Dans le corps, enfin, de la *troisième* vertèbre se trouvaient des portions du tissu osseux détruites et véritablement transformées en pus.

D'après cette inspection cadavérique, il est facile de voir maintenant la marche suivie par l'inflammation. Elle s'est propagée de l'aîne gauche à la surface du muscle iliaque correspondant au moyen du tissu cellulaire qui sépare ce dernier de l'aponévrose fascia-iliaca : elle a envahi ensuite le muscle psoas, qui est voisin, jusqu'à ses insertions aux vertèbres. Ces dernières ayant été atteintes à leur tour, la phlogose a gagné de là successivement le muscle psoas droit, et le muscle iliaque du même côté. Le pus sécrété par ces surfaces enflammées est descendu, en obéissant à la pesanteur, jusqu'au fémur droit, et s'est trouvé arrêté

dans sa marche au niveau du petit trochanter par l'espèce de cul-de-sac qu'y forment les tendons des muscles psoas et iliaque réunis : il est venu se réunir en foyer non loin de là, et constituer la tumeur qui a été ouverte à l'aine droite. Il n'est pas moins facile d'expliquer les phénomènes qui ont été observés pendant la vie. Nous venons de voir, en effet, l'inflammation suppurative envahir, de proche en proche sous le péritoine, les muscles psoas et iliaque gauches jusqu'aux insertions du premier aux vertèbres lombaires, s'étendre ensuite aux corps de celles-ci et se terminer aux muscles psoas et iliaque du côté opposé. Le circuit parcouru par la suppuration est ainsi rendu évident et rend compte de la solidarité d'écoulement qu'ont présenté les deux ouvertures des régions inguinales.

POITRINE.

Les poumons avaient leur sommet farci de petits abcès (tubercules) s'annonçant d'avance au simple contact par la sensation qu'ils donnaient de *noyaux durs* qu'on n'avait qu'à inciser pour y trouver du pus. Le tissu pulmonaire était devenu en effet, dans les endroits correspondans, dense et résistant, par

un mécanisme aisé à comprendre. Le parenchyme du poumon, imprégné à l'état normal d'air atmosphérique, est par cela même susceptible de compression. Si on le froisse entre les doigts, on le trouvera souple, élastique, et on aura de la peine à le déchirer. Mais s'il arrive que du sang s'infiltre dans une portion de ce tissu et en expulse l'air, cette portion paraîtra plus consistante au toucher, parce qu'un corps liquide a pris la place d'un fluide gazeux, mais elle n'en sera pas moins ramollie : le doigt s'y enfonce facilement alors et l'écrase, parce qu'il y a perte de cohésion et d'élasticité en même tems qu'augmentation de densité. Supposons que les mêmes phénomènes se passent dans le foie, les parties enflammées de ce viscère présenteront au toucher une sensation inverse, celle d'une diminution de consistance trouvant sa source dans la densité comparative du tissu hépatique à l'état hygide. Cette infériorité de consistance devra être bien plus prononcée encore dans les parties osseuses infiltrées de sang, comme nous l'avons vu dans les vertèbres malades du sujet dont l'histoire nous occupe en ce moment : il s'agit en effet du tissu le plus dur de l'économie, et la portion de ce tissu, où le sang a pris la

place du phosphate de chaux, est nécessairement bien moins dense que tout le reste.

Dans quelques-uns des petits abcès que nous venons de signaler dans le poumon, le pus n'était qu'infiltré dans la substance pulmonaire; chez d'autres, la réunion des gouttelettes de ce fluide en un foyer commun allait se faire. Certains d'entr'eux, plus anciens en date, présentaient du pus concrété en partie ou en totalité. Autour de plusieurs amas de la même matière solidifiée et commençant à fondre, on voyait les traces d'une inflammation nouvelle du tissu pulmonaire, remarquable en ce qu'elle avait donné naissance à des abcès miliaires, récens comme leur cause, et plus ou moins nombreux.

OBSERVATION 3me.

(Salle St-Éloi, No 8. — Service de M. LALLEMAND).

Ulcère scrophuleux et affection vermineuse. — Diarrhée. — Mort. — Autopsie. — Tubercules dans les poumons.

Fournier, âgé de 21 ans, constitution scro-

phuleuse, cheveux roux, teint étiolé, formes grêles, taille au-dessous de son âge, intelligence obtuse, fut reçu à l'hôpital St-Éloi de Montpellier, pour être traité d'un ulcère scrophuleux qu'il portait au côté gauche du cou. Pendant les cinq mois de séjour qu'il y fit, il subit un traitement anti-scrophuleux (vin de gentiane, — teinture d'iode, — bains aromatiques), et il fut tourmenté à diverses reprises par des vers intestinaux dont l'évacuation arrivait à peu près tous les vingt jours; cette évacuation était ordinairement annoncée quelques jours à l'avance par des douleurs intestinales, et était toujours provoquée d'une manière efficace par une décoction de deux onces d'écorce de racine de grenadier qu'on lui administrait. Les vers que Fournier rendait chaque fois par les selles, étaient des lombrics en plus ou moins grand nombre, et il se rencontra une fois, au milieu d'eux, un tœnia d'une longueur considérable.

Dans les premiers jours de janvier, ce malade fut atteint d'une diarrhée extrêmement rebelle à tous les traitemens qui furent dirigés contr'elle. (2 gros de diascordium, — tisane d'orge).

Le 8 février, les forces ont notablement

diminué ; l'appetit est nul ; la maigreur est considérable ; le dévoiement est abondant.

13. — Il se manifeste de la toux et un sentiment de gêne dans la respiration. Ces symptômes sont survenus à la suite de l'imprudence qu'a eu le malade de s'exposer au froid pendant la nuit précédente.

14. — Le malade est stéthoscopé à la visite. L'instrument fait entendre un bruit de clapet produit par la gêne qu'éprouve la circulation de l'air dans les ramifications des bronches. Deux cautères sont appliqués à la poitrine, un de chaque côté.

19. — Le malade s'éteint épuisé par la diarrhée.

Nécropsie, le 20 février.

POITRINE.

La surface des poumons est parsemée de taches rouges, parfaitement circulaires, de grandeur variable, et se dessinant fort bien sur le fond blanchâtre des parties saines de l'organe. Quelques-unes de ces plaques sont complétement rouges : la coloration est seulement plus intense au centre et va en s'affaiblissant graduellement vers la périphérie. Les

autres, ressemblant à des plaques de variole, présentent, au centre d'une aréole purpurine, une légère excavation, occupée par une matière blanche ou jaunâtre, soit liquide, soit un peu consistante. En pressant le poumon entre les doigts, on éprouve la sensation de noyaux durs, disséminés, correspondans aux points des organes qui offrent l'altération décrite.

Dans d'autres endroits des poumons existent des taches blanchâtres, isolées, consistant en de la matière purulente, plus ou moins difficile à chasser de la loge où elle est enchassée, et ne présentant pas d'aréole rouge.

En résumé, nous trouvons sur diverses portions d'un même poumon, tantôt de l'injection sans pus, tantôt du pus au milieu d'un tissu injecté, tantôt, enfin, du pus dépourvu d'une aréole rouge au voisinage.

Le péricarde est adhérent au cœur dont le volume est moindre que dans l'état normal.

ABDOMEN.

Quelques anses de l'intestin grêle sont injectées. Deux vers tricocéphales sont rencontrés près de la valvule ilio-cœcale. L'intestin colon offre, dans sa portion ascendante

principalement, une injection vasculaire prononcée. La coloration de la muqueuse intestinale devient d'un rouge d'autant plus vif qu'on s'approche davantage du rectum dont les tuniques sont épaissies. Les replis intérieurs de la muqueuse de ce dernier sont très rouges, excoriés. Les intervalles qui les séparent ont conservé leur couleur blanche et ont une étendue d'autant moindre qu'on les examine plus près de l'anus. A cause de cette disposition, la fin de la muqueuse rectale paraît, au premier coup-d'œil, revêtue d'un rouge uniforme : il semble qu'une matière caustique a passé sur ses replis. On ne rencontre nulle part des ulcérations.

Réflexions.

L'autopsie qu'on vient de lire, en permettant d'observer dans un même poumon des nuances entre la pneumonie partielle la plus franche et le tubercule le plus circonscrit, semble avoir donné l'occasion de prendre la nature sur le fait. Elle mérite par conséquent quelques développemens.

On a vu qu'à côté des points simplement congestionnés et où l'inflammation était à son premier début, se trouvaient des plaques rouges

à centre excavé et jaunâtre. Dans celles-ci la portion centrale avait suppuré, et elle devait nécessairement suppurer la première par suite des progrès de l'acte inflammatoire auquel elle a servi de point de départ. La dépression de ce point central n'était qu'apparente et tenait à la turgescence du tissu injecté qui l'environnait. Dans les endroits enfin où existait une tache blanchâtre, ou pour mieux dire, de la matière purulente, non circonscrite par un aréole rouge, l'inflammation avait cessé, et avec elle, l'appel des fluides. Si le malade avait vécu plus long-tems, il serait arrivé de ces deux choses l'une : ou la résorption, en s'opérant convenablement, aurait fait disparaître tout-à-fait les produits de la phlogose, ou bien cette résorption n'aurait eu qu'un effet incomplet, à cause d'un défaut d'activité de la part de l'organisme, et le pus aurait été successivement réduit à sa partie la plus concrète. La dernière de ces deux suppositions est la plus probable dans le cas qui nous occupe.

L'espace rempli par les portions du poumon affectées d'inflammation variait depuis l'étendue d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une division assez notable d'un lobe. Il est évident que cette variété dans les dimensions ne change

en rien la nature de la maladie. Aussi tous les auteurs s'accordent à dire qu'il s'agit d'une *inflammation disséminée* du poumon, lorsque le tissu de cet organe est rouge, facile à déchirer, en divers points dont le plus étendu égale à peine le volume d'un œuf. Mais pourquoi nier ensuite cette inflammation lorsqu'on rencontre, dans les mêmes points, du pus soit liquide, soit concret, et imaginer alors toute autre chose : *des germes de tubercules*, *des tubercules ramollis*, etc. ? C'est ainsi que le volume des parties affectées d'une maladie peut faire prendre le change sur sa nature, et que, par une erreur d'observation, on établit des altérations diverses là où il n'en existe qu'une seule.

OBSERVATION 4me.

(Salle St-Éloi, N° 10. — Service de M. LALLEMAND).

Maladies de plusieurs articulations ginglymoïdes. — Cachexie. — Amputation de la cuisse. — Mort. — Autopsie. — Collection tuberculeuse dans la plèvre.

N***, âgé de 35 ans, d'un tempérament

lymphatique, contracta à divers intervalles plusieurs maladies vénériennes qui, sous l'influence de traitemens mal dirigés, infectèrent toute l'économie. Lorsqu'il entra à l'hôpital St-Éloi, c'était en novembre 1832, sa constitution était profondément altérée. Les deux articulations radio-carpiennes et le genou droit étaient devenus le siége de périostoses et de collections purulentes qui, après avoir été vidées, soit spontanément, soit à l'aide de l'instrument tranchant, fournissaient encore un pus fétide par des ouvertures fistuleuses. La pâleur, la peau terreuse de cet homme, la petitesse de son pouls, etc., annonçaient la cachexie la plus complète. Les mercuriaux et l'oxide d'or furent administrés sans aucun résultat avantageux : l'état du malade allait au contraire en empirant.

Le 23 décembre suivant, M. Lallemand, en faisant exécuter au genou droit des mouvemens de flexion et d'extension, entendit une crépitation qui indiquait une érosion des cartilages de revêtement des surfaces articulaires du fémur et du tibia. Dès lors l'amputation fut proposée au malade qui s'y résigna sans effort.

Le 24. — L'amputation de la cuisse fut pratiquée et ne présenta aucune circonstance digne

d'une mention particulière. Les lèvres de la solution furent rapprochées par des points de suture. (Diète, — potion calmante).

25. — Le malade est parfaitement tranquille. Débarrassé d'un membre qui était le siége de douleurs aigues, il a retrouvé le sommeil dont il ne jouissait plus depuis long-tems.

26. — Aucune réaction fébrile; désir des alimens.

27. — Les articulations des poignets sont plus douloureuses qu'à l'ordinaire; soif vive. Les pièces de l'appareil sont baignées d'une sérosité sanguinolente. (2 soupes).

28. — Première levée de l'appareil. La plaie est déjà cicatrisée dans une portion de son étendue; il s'échappe une très petite quantité de pus à travers les intervalles de quelques points de suture. (Potion avec une once sirop diacode et une once sirop de quinquina).

30. — La réunion des bords de la plaie est presqu'entièrement achevée; les points de suture sont coupés et enlevés. Les choses se sont passées jusqu'ici le mieux possible; mais un gonflement inflammatoire est survenu dans le poignet droit; une escarre s'est formée au grand trochanter du même côté. (Cataplasme sur l'articulation douloureuse).

6. Janvier 1833. — De la toux, de l'hébétude, peu de sommeil, voilà ce qu'a présenté depuis le premier du mois notre malade. Il y a de l'appétence. (1/4 de grain oxide d'or, — 2 gros diascordium). Révasseries.

11. — Le poignet droit est toujours tuméfié et douloureux. Mort à midi.

Autopsie, le 13 janvier.

CRANE.

Injection considérable de l'arachnoïde, sérosité trouble dans les mailles du tissu cellulaire sous-arachnoïdien, formant des masses à aspect gélatineux qui se vident complétement lorsqu'on les pique dans un point. La pie-mère est injectée.

Épanchement considérable de sérosité dans les ventricules du cerveau; le canal rachidien en est rempli, comme on peut s'en assurer en soulevant le cadavre par les pieds.

POITRINE.

La trachée et les bronches contiennent beaucoup de mucosités remplies d'air. Dans le tiers inférieur de la cavité du sac pleural gauche existe une collection de matière tuberculeuse, moitié solide, moitié liquide, ressemblant pour la consistance au plâtre gâché don

elle diffère d'ailleurs par sa couleur jaunâtre : c'est comme du pus qui aurait perdu sa consistance par l'absorption des parties les plus liquides. La plèvre costale adhérente dans la partie antérieure et supérieure circonscrit la collection signalée.

On observe, disséminés çà et là dans les poumons, plusieurs tubercules consistant en des amas de matière blanchâtre ou jaunâtre, d'une densité plus ou moins grande. Un d'entr'eux avait acquis une dureté pierreuse : l'état crétacé.

Examen des articulations.

Dans les deux articulations radio-carpiennes, la partie articulaire des deux os radius et cubitus est rongée à la surface, d'une consistance très dure, comme éburnée et d'autant plus remarquable qu'elle se rencontre ici dans un tissu spongieux. En frappant sur ce dernier avec un instrument d'argent, on obtient le même son que si l'on percutait le rocher du temporal. Cette altération n'est pas une carie, puisque dans cette dernière il y a ramollissement ; on ne peut pas l'assimiler non plus à la nécrose, puisque dans celle-ci l'os mortifié conserve sa forme et se sépare des parties

vivantes par un cercle inflammatoire. Il arrive donc pour les os ce qui arrive pour les autres tissus : ils peuvent acquérir, sous l'influence des vices généraux, des formes particulières d'altérations qui ne ressemblent qu'à elles-mêmes.

OBSERVATION 5me.

—

Blennorrhagie. — Inflammation de tout le système génito-urinaire. — Fistules stercorales à l'aine. — Tubercules dans les canaux déférens et dans un testicule.

Pougat, âgé de 32 ans, d'une constitution lymphatique, avait contracté, en mars 1832, une blennorrhagie qui, négligée pendant près d'un an, fut ensuite palliée par un traitement peu rationnel. Au mois de juin 1833, des douleurs sourdes et du gonflement se manifestèrent dans le testicule gauche qui augmenta de volume. Ces symptômes avaient été dissipés à l'aide de simples lotions et de cataplasmes émolliens, lorsque cinq mois plus tard, le testicule droit devint à son tour douloureux et se tuméfia. Pougat s'en inquiéta peu et se livra à des marches pénibles. Au mois d'août 1834, il aperçut à la partie externe du testicule

gauche, une tumeur qui s'abcéda et fournit du pus séreux d'une odeur fétide; même incurie. Une nouvelle tumeur se forma bientôt après à la partie postérieure du même organe, elle s'abcéda et il resta un nouvel ulcère fistuleux. Des pansemens avec de la charpie et des cataplasmes furent continués jusqu'au mois d'avril 1835, époque à laquelle il survint une tumeur à l'aine gauche : il prit alors conseil d'un médecin d'Aurillac, qui ordonna des frictions mercurielles sur les cuisses, des bains, la tisane de salsepareille, et ouvrit la tumeur avec la pierre à cautère. Un ptyalisme abondant força de suspendre les frictions au bout de huit jours. Loin de tendre vers la guérison, les testicules devinrent plus volumineux et plus sensibles. Pougat conçut des craintes pour son état, et se rendit à pied à Montpellier. Dès son entrée à l'hôpital St-Éloi, où il fut admis le 8 août 1835, il fut soumis à l'usage des bains, des saignées locales et d'un traitement mercuriel qui sembla exaspérer la maladie des deux testicules. Au mois de novembre, l'affection locale commença à exercer une influence fâcheuse sur toute l'économie. Les fonctions digestives se firent mal; l'excrétion des urines qui étaient devenues troubles, s'accompagna

d'une vive douleur dans la verge; un léger écoulement urétral persistait encore.

22 novembre. — Face altérée, anorexie, selles difficiles et rares, borborygmes incommodes, hypogastre douloureux à la pression. Deux ouvertures fistuleuses existent à l'aine gauche; séparées l'une de l'autre par un pouce d'intervalle et ayant deux lignes de diamètre, elles donnent issue à un pus de mauvaise nature. La sonde qu'on y introduit, s'arrête à un pouce de profondeur. Les testicules ont le volume d'un œuf d'oie; le gauche a plus de dureté que l'autre, mais il est moins sensible à la pression; il n'est plus mobile dans le scrotum, et présente, en plusieurs endroits de sa surface des ulcères qui sont pansés avec de la charpie et recouverts par des cataplasmes émolliens.

Vers la fin du même mois, un dévoiement opiniâtre succéde à la constipation. Rien de remarquable jusqu'au 1er janvier 1836. Ce jour-là, douleur aiguë à la partie postérieure et inférieure du côté droit du thorax avec gêne de la respiration, et autres symptômes qui révèlent concurremment avec les signes stéthoscopiques une pleuro-pneumonie dans la région correspondante. M. Lallemand qui a pris depuis

peu le service, la combat avec le tartre stibié à haute dose, préférable aux saignées et aux vésicatoires, en raison de la faiblesse du malade et de l'état de ses organes génito-urinaires. Au bout de cinq jours elle a complétement disparu, mais ce médicament a eu l'inconvénient d'exaspérer la diarrhée qu'on cherche à arrêter à l'aide de lavemens laudanisés.

7 janvier. — Pougat éprouve de vives douleurs quand il urine. M. Lallemand introduit avec facilité une sonde qu'il retire pleine d'une matière semblable à de la bouillie : c'était du pus mêlé avec du sang.

12. — Une nouvelle douleur se déclare au point du thorax primitivement affecté avec gêne de la respiration. Une application de sangsues est suivie de peu d'effet.

Depuis ce moment le pouls est resté fréquent; les pommettes ont été habituellement colorées; les forces ont décliné avec rapidité.

Le malade s'éteint le 17 janvier 1836.

Autopsie (22 heures après la mort).

THORAX.

Côté droit. — Épanchement pleurétique avec adhérences d'une organisation peu avancée.

Poumon très pâle, en quelque sorte exsangue, excepté dans son lobe inférieur qui est très injecté et un peu ramolli. — *Côté gauche* parfaitement sain. Le cœur et son enveloppe n'offrent non plus aucune altération.

ABDOMEN.

Sérosité abondamment répandue dans le péritoine qui offre des traces d'une inflammation chronique. Il est très injecté, épaissi et farci de granulations tuberculeuses jaunes plus volumineuses et plus rapprochées à mesure qu'on s'avance vers le bassin où la séreuse est d'un rouge noirâtre. Épiploon ratatiné et comme roulé en boule.

Surface des intestins généralement injectée; la courbure sigmoïde du colon et le rectum sont d'un noir foncé, comme charbonné; des ulcères existent à la surface interne de l'iléum, et augmentent de nombre et d'étendue vers la valvule ilio-cœcale. D'autres plus petites se rencontrent dans le colon ascendant. Elles sont entremêlées de taches noires qui annoncent d'anciennes cicatrices. Elles disparaissent dans le colon transverse et une partie du colon descendant jusqu'à la fin de sa courbure, où se rencontrent deux perforations distantes d'un

pouce l'une de l'autre, à bords lisses, arrondis, noirâtres; elles ont près d'un pouce de diamètre; elles sont transversales et semblent résulter de l'écartement forcé de deux plis valvulaires. Elles correspondent à l'endroit où vient finir le trajet fistuleux sous-péritonéal, dont l'origine commence évidemment à la fistule inguinale. Le tissu cellulaire qui entre dans la composition de ce trajet, est condensé et de couleur noire. Au-dessous des deux perforations indiquées, se dessinent des ulcérations d'un rouge brun de plus en plus nombreuses à mesure qu'on se dirige vers la fin du rectum.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Les *reins* ont leur tissu flasque; leur *bassinet* est rempli de mucosités purulentes ainsi que les deux urétères. — *Vessie* petite; ses parois ont trois lignes d'épaisseur; sa membrane interne est épaissie et rougeâtre. La portion de l'urètre comprise entre le bulbe et la prostate offre une injection très prononcée, celle embrassée par le corps prostatique est convertie en une ouverture alongée, conduisant à une cavité plus vaste qui n'est autre chose que la coque fibreuse de ce corps dont le parenchyme a été presque complète-

ment détruit; le col de la vessie et une partie de son bas-fond se trouvent ainsi minés en dessous par une excavation pleine de pus, et dans laquelle s'ouvrent directement les vésicules séminales par un hiatus de 5 à 6 lignes de diamètre. Il ne reste plus de traces des canaux éjaculateurs au milieu de cette énorme destruction de toutes les parties. Les *vésicules séminales* sont remplies d'une matière purulente qui est sanieuse et noirâtre dans la gauche, tandis qu'elle est jaune dans la droite. Il ne reste du testicule gauche qu'un moignon en forme de calotte de sphère, converti en une sorte de bouillie noirâtre, sans vestiges de vaisseaux séminifères. Le testicule du côté opposé, du volume d'une pomme reinette, ovoïde, régulier, offre de très gros noyaux de matière tuberculeuse, blanche, jaunâtre, séparés par de simples lignes de substance testiculaire. Ces masses purulentes concrétées résistent à l'action du bistouri, comme du fromage un peu consistant; une d'entr'elles est à moitié changée en un pus liquide. On rencontre aussi du pus liquide dans le conduit déférent correspondant dont les parois ont augmenté d'épaisseur, et dont la cavité contient çà et là des cylindres de substance jau-

nâtre, d'autant plus concrets qu'on se rapproche du testicule. Des adhérences existent entre les feuillets de la tunique vaginale du même testicule, excepté en quelques endroits où de la sérosité est accumulée.

Réflexions.

Il importe ici de ne pas oublier que tout a débuté par une blennorrhagie; or, on sait que le siége principal des écoulemens réside dans la portion du canal correspondante à la prostate qui est composée d'une multitude de follicules muqueux. Pougat a négligé cette blennorrhagie et a travaillé : une inflammation est survenue dans le testicule gauche, elle a été peu soignée encore, et il est venu s'y joindre une phlegmasie de la glande du côté opposé. C'est alors qu'il est venu demander des soins à l'hôpital St Éloi.

La prostate était, comme nous l'avons vu, entièrement détruite, reduite à sa coque fibreuse, à tel point que son ouverture de communication avec le canal avait plus d'un pouce de diamètre. Les vésicules séminales étaient pleines de pus; celui contenu dans un des canaux déférens devenait de plus en plus concret à mesure qu'on avançait vers le testicule; ici

dense, compacte, plus lié dans le canal déférent, il devenait tout-à-fait liquide dans les vésicules séminales. Comment interpréter la matière tuberculeuse observée? Tout devient d'une clarté remarquable, si l'on a recours à l'inflammation. On ne saurait contester cette dernière : elle s'est étendue de l'urètre à la vessie, et de là est remontée par les urétères jusqu'aux bassinets. Les reins étaient encore intacts, ce qui s'explique par la direction ascendante de la phlogose. Elle s'était propagée d'une autre part, à une époque plus ancienne, à la prostate, aux canaux éjaculateurs, aux vésicules séminales, aux canaux déférens, aux testicules, et à la tunique vaginale, qui a présenté un épanchement séreux là où des adhérences n'ont pu s'établir, de même qu'on l'observe dans la plèvre.

Les vives douleurs qui accompagnaient, pendant la vie, l'excrétion de l'urine, étaient déterminées par la pénétration de ce fluide dans la cavité prostatique. La sonde entrait facilement dans cette dernière au lieu d'arriver dans la vessie : on aurait pu se méprendre, si la matière purulente épaisse, bourbeuse, que ramenait la sonde et le défaut d'évacuation des urines n'avaient indiqué de grands désordres

qui commandaient une sage circonspection.

Quant à l'abcès qui s'était formé à l'aine et qu'on avait pris pour un bubon, il a résulté de la perforation ulcéreuse de l'intestin dans un point où il n'était pas recouvert par le péritoine. Le pus a fusé sous cette membrane dans la direction des vaisseaux iliaques externes jusqu'à la région inguinale gauche où s'était formée une ouverture fistuleuse. Des gaz et des fluides fécaux en étaient sortis d'après le récit du malade.

OBSERVATION 6me.

—

Carie scrophuleuse du sternum. — Tubercules dans le cœur et dans la plupart des organes.

Térisse, cultivateur, âgé de 48 ans, entra à l'hôpital St-Éloi le 28 décembre 1833, portant à la région sternale une tumeur qui avait succédé à une contusion violente reçue six mois auparavant sur cette partie. La tumeur avait fait successivement des progrès, était devenue molle, fluctuante et avait donné lieu, en s'ouvrant spontanément, à un ulcère fistuleux d'où s'échappait une grande quantité de pus fétide,

surtout pendant la toux qui était fréquente et sèche. Respiration gênée, expectoration; état fébrile, décubitus sur le côté gauche; détérioration générale de l'économie indiquée par l'aspect sale et terreux de la peau et par une maigreur générale. Le 30 décembre une ponction pratiquée dans un point ramolli de la tumeur sternale donne issue à une grande quantité de pus cailleboté et laisse une ouverture fistuleuse. Le malade éprouve les jours suivans une fébricule avec exacerbation le soir, et en même tems de la douleur dans tout le côté droit de la poitrine. Il avait eu quelques années auparavant une double pleurésie. Les nuits sont mauvaises : une suppuration très abondante et fétide est fournie par les ulcérations; les forces vont en s'affaiblissant; les pommettes sont habituellement colorées; la respiration est très gênée et la toux fatigante. Térisse s'éteint dans le marasme, le 25 janvier 1834.

Autopsie le 26 janvier (18 heures après la mort).

POITRINE.

La peau qui recouvre la tumeur sternale est décollée. La portion spongieuse de l'os est envahie par de la matière tuberculeuse; et l'os

lui-même est percé d'une ouverture de 4 lignes de diamètre, qui fait communiquer la tumeur extérieure avec les masses tuberculeuses entremêlées de pus liquide qui s'étaient développées dans le médiastin antérieur.

Plèvre droite renfermant une grande quantité de sérosité purulente, criblée, de même que la gauche, d'une quantité considérable de points jaunes tuberculeux, consistans, de forme et de volume lenticulaires.

Poumons remplis de noyaux tuberculeux crus, disséminés, de consistance assez ferme, et réunis en grappe en certains endroits sous forme miliaire. Ganglions bronchiques volumineux, convertis dans une moitié en une matière tuberculeuse jaunâtre, tandis que l'autre moitié est d'un beau noir.

Le cœur contient deux tubercules du volume d'une noix et à l'état concret, dont l'un siège près du sillon oriculo-ventriculaire gauche, tandis que l'autre est placé près de la pointe du ventricule du même côté. Adhérences des deux feuillets du péricarde dans les deux endroits correspondans à ces tumeurs ; on ne sépare ces feuillets qu'en rompant des filamens nombreux qui vont de l'un à l'autre.

ABDOMEN.

Épanchement de sérosité ; mésentère, parois des intestins et foie tuberculeux : pancréas occupé par une énorme masse tuberculeuse ramollie, de consistance de fromage cuit. Sous la convexité de la rate se trouve une dépression, une cicatrice à laquelle vient adhérer l'épiploon.

Réflexions.

Nous arrêterons principalement notre attention sur les adhérences du péricarde qui existent seulement dans les points occupés par les deux noyaux tuberculeux. Les adhérences comportent nécessairement dans leur formation le concours de l'acte inflammatoire, et l'on ne saurait dire ici que l'inflammation a été postérieure en date à la production du tubercule, puisque celui-ci était à l'état concret. C'est évidemment la même inflammation locale et circonscrite du cœur qui a produit à la fois le tubercule et les adhérences : l'étendue des deux productions normales était exactement la même.

—

Les observations qu'on vient de lire ne sont pas sans intérêt pour l'étude de la formation des tubercules. D'autres faits non moins instructifs auraient pu prendre place à côté d'elles. Disons toutefois que l'utilité de ces derniers n'aurait pas compensé l'inconvénient de donner une étendue trop grande à ce travail, puisque d'ailleurs nous pouvons leur emprunter ce qui a trait à l'histoire anatomo-pathologique du tubercule, dans le résumé suivant de ce que nous avons observé de relatif à cette formation morbide.

En examinant certains poumons, nous avons trouvé disséminées à leur surface des taches purpurines, arrondies, correspondant à des noyaux d'engorgement sanguin dont le volume offrait tous les intermédiaires entre celui d'un pois ou même d'une lentille et celui d'une noix. Ce premier degré de l'inflammation aiguë et circonscrite du poumon est décrit avec détail dans l'observation n° 3.

A côté de ces petits phlegmons, d'autres fois en leur absence, nous avons distingué, au centre d'une infiltration rouge, des points jaunes ou blanchâtres. Cette partie centrale consistait en une gouttelette de pus qu'on pouvait déloger facilement du godet où elle était déposée, mais

il n'était pas rare de la voir adhérer avec quelque ténacité au tissu qui la contenait, et présenter alors une forme solide. On assistait ainsi au moment où la suppuration s'établissait dans le point central, premier endroit qui devait suppurer par la raison qu'il avait été le premier enflammé. (Voyez encore l'observation 3e).

En d'autres endroits où l'inflammation avait fait de plus grands progrès, on rencontrait du pus liquide en plus grande quantité, et sous deux apparences différentes : ici, il était infiltré, là, il était réuni en un petit foyer. Dans le premier cas, emprisonné dans des cellules séparées, on le voyait sourdre sous forme de gouttes de rosée à la surface des deux tranches obtenues par l'incision de la masse globuleuse et hépatisée du tissu pulmonaire correspondant (hépatisation grise) : la pression latérale était souvent nécessaire pour faire sortir le pus des cellules; d'autres fois on le voyait s'en échapper aussitôt que la lame du scalpel avait opéré la section. Dans le second cas, c'est-à-dire, lorsqu'on rencontrait du pus réuni en un petit foyer, une incision déterminait à l'instant même son évacuation complète.

Dans les tumeurs formées par du pus ainsi infiltré ou bien réuni en foyer, une matière plus consistante, d'un jaune orangé, ou blanchâtre, semblait quelquefois avoir pris la place de ce dernier. Ailleurs, l'épaississement de cette matière s'était tellement accru, qu'elle était devenue semblable à du plâtre désséché, à de la craie. Criant sous le scalpel, elle ne pouvait être énucléée qu'en bloc du tissu qui la recélait.

D'autres fois, des excavations creusées dans le poumon contenaient à la fois une matière condensée, résistante, et une autre fluide. Autour d'elles existaient toujonrs des points jaunâtres en plus ou moins grand nombre.

Enfin, dans plusieurs circonstances, la matière tuberculeuse était environnée d'une poche membraneuse, d'un véritable kyste.

Les diverses nuances qui viennent d'être mentionnées ne s'observaient guères isolées; le plus souvent elles coexistaient en grande partie dans le même organe. Il n'était pas rare de les trouver toutes ensemble, l'une à côté de l'autre, et de pouvoir ainsi examiner leurs transitions.

Les mêmes remarques s'appliquent, à peu de choses près, à ce que nous avons observé pour les tubercules du foie, des vertèbres et

des autres organes. Les variétés de texture rendaient compte de tout ce qui n'était pas exactement analogue.

Ajoutons que tous les individus chez lesquels nous avons trouvé, à l'autopsie, les altérations décrites, ont présenté sans exception des circonstances qu'il serait peu convenable de négliger. Le plus grand nombre portait tous les attributs du tempérament lymphatique ou scrophuleux. Ceux dont la charpente et d'autres caractères physiques indiquaient qu'ils avaient reçu en naissant une organisation vigoureuse, avaient été plus tard détériorés par des causes débilitantes qui avaient long-tems exercé sur eux leur influence. (Séjour dans les hôpitaux et les prisons, mauvaise alimentation, onanisme, etc.)

Pour expliquer maintenant la pathogénie du du tubercule, il n'y a qu'à traduire en quelque sorte la série des faits précités.

Nous voyons d'abord une inflammation peu étendue, circonscrite, bien différente, par conséquent, de celle qui envahit chez un sujet sanguin une grande étendue d'organe. C'est la différence des états de l'organisme qui explique celle de l'intensité de la phlogose produite par une même cause : soumis à l'action de cette

dernière, le poumon d'un individu pléthorique, ευσαρκος, comme dit Hippocrate, s'infiltrera de sang et de pus depuis la base jusqu'au sommet, pendant que chez un sujet lymphatique, il ne se manifestera, à cette même occasion, que des pneumonies partielles, bornées à un petit espace, et ne produisant que des symptômes peu prononcés, de la toux, des crachats avec des stries de sang, etc.

Dans ces inflammations disséminées du poumon dont la résolution est rare parcequ'il manque pour cela une réaction suffisante, une sécrétion purulente vient à se former. Chaque molécule de pus est séparée de sa voisine par une cloison membraneuse formée par le tissu cellulaire de l'organe : une hépatisation jaune circonscrite a succédé à l'hépatisation rouge. Quelquefois les parois des cellules, ramollies par la phlogose, se déchirent, et le pus qui était disséminé dans un certain nombre d'aréoles se trouve réuni dans une seule cavité : un abcès unique a remplacé 4, 6, 8 petits abcès. La substance du poumon se trouvant richement pourvue de tissu cellulaire, trouve dans cette organisation une grande facilité à se laisser distendre : aussi l'action mécanique du pus qui opère la distension des aréoles est-

elle à peu près nulle pour aider à leur rupture et à la formation d'un foyer commun. Cette structure anatomique est ici rappelée parce qu'elle rend compte à la fois et de la rareté des vomiques et de la disposition très grande du poumon aux tubercules.

La matière purulente, infiltrée ou réunie en foyer (ce dernier cas est plus rare), se condense de plus en plus par l'effet de l'absorption incessante à laquelle elle est soumise et qui s'exerce d'abord sur ses parties les plus ténues : elle se transforme peu-à-peu en une masse compacte, ressemblant, à du plâtre gâché ou au fromage le plus ferme : c'est là ce qu'on appelle le tubercule *à l'état cru.*

Parvenu alors à la 2e *période*, le tubercule reste plus ou moins long-tems stationnaire, mais il subit tôt ou tard une des deux terminaisons suivantes: ou il devient une masse calcaire à peu près innocente pour l'économie, ou bien une nouvelle inflammation s'en empare et en détermine la fonte.

Dans le premier cas, la matière tuberculeuse qui n'est autre chose que le pus dépouillé par les vaissaux absorbans de ce qu'il leur était plus facile de soustraire, c'est-à-dire, de la sérosité, devient peu-à-peu plâtreuse, desséchée,

par l'action continue de la même absorption dont le dernier terme est de réduire le pus aux sels calcaires qui entrent dans sa composition. Or, c'est ce résidu pierreux, crayeux, réfractaire à l'absorption qui constitue le tubercule dit *crétacé* ; les analyses chimiques de M. Thénard (1) ont fait voir précisément que le tubercule qui à l'état de crudité donne sur 100 parties 98 de matière animale, pendant que le reste consiste en phosphate et carbonate de chaux, muriate de soude et un peu d'oxide de fer, fournit à l'état crétacé des proportions inverses. Le tubercule ainsi arrivé à une consistance pierreuse ne saurait être confondu avec le tissu osseux : il a moins de dureté que ce dernier, il s'écrase facilement par la simple pression des doigts. Lorsqu'on soumet le tissu osseux à l'action des acides, le phosphate de chaux est éliminé, et il ne reste plus qu'une base, une gangue animale qui, analysée elle-même, fournira de la gélatine, etc. Or, cette base, ce réseau animal ne se rencontrent pas dans les tubercules crétacés. Il n'est pas inutile d'insister sur ces caractères opposés, parce qu'on a confondu les *granulations* miliaires,

(1) Au Collége de France.

demi-transparentes, cartilagineuses, formées d'une substance gélatino-albumineuse, avec les vrais tubercules, quoiqu'il existe entr'eux une différence bien tranchée. La terminaison des granulations miliaires est toujours l'ossification, jamais la suppuration et la phthisie. Les tubercules crétacés, au contraire, qui sont très probablement l'altération élevée par Bayle au rang d'une maladie séparée, sous le nom de *phthisie calculeuse*, ne sont point susceptibles de s'enflammer.

La seconde terminaison, c'est-à-dire le *ramollissement* du tubercule, est malheureusement bien plus fréquente que la précédente : elle constitue la 3e périodé. Nous nous sommes arrêtés au point où le tubercule n'est autre chose que du pus concrété dans les mailles du tissu aréolaire : c'est alors une substance inerte, faisant l'office d'un corps étranger, en ce sens qu'elle gêne par sa présence les fonctions de l'organe, mais différant de ce corps étranger, comme serait une balle par exemple, en ce qu'elle participe à la vie au moyen des vaisseaux qui parcourent la gangue cellulaire où elle est contenue. Vienne une nouvelle inflammation de l'organe pulmonaire, elle s'établira le plus souvent et par préférence dans

la trame vivante qui enveloppe la matière tuberculeuse déjà existante, et qui a subi déjà une fois l'épreuve inflammatoire. Ce n'est pas le pus qui s'enflamme, mais bien au contraire la trame cellulaire; elle seule en effet participe à la vie et reçoit, des parties voisines, des vaisseaux sanguins : on peut voir ces derniers, au moment de cette inflammation, former une atmosphère injectée entre le tubercule et le tissu de l'organe. Le pus ancien, ne se trouvant plus emprisonné dans la gangue parenchymateuse ramollie et détruite par la phlogose nouvelle, se mêle au pus liquide fourni par celle-ci : le premier offre alors des débris solides, caséeux, tenus en suspension dans le second. Ainsi fondu, le tubercule n'est plus susceptible de faire partie de l'organisme, de se combiner de nouveau avec les tissus environnans, puisqu'il ne reste plus rien de ce réseau cellulaire qui le faisait participer à la vie de ces derniers : il devient une substance offensante qui doit être nécessairement expulsée.

Le plus souvent, en même temps qu'un tubercule tombe en déliquescence, la substance pulmonaire qui l'environne s'infiltre de pus, et il se forme de nouveaux tubercules : l'identité de caractère de l'inflammation nou-

velle et de l'ancienne explique très bien celle de leurs résultats. Dans le groupe des tubercules miliaires qui s'observent alors autour des tubercules fondans, ceux qui sont les plus voisins du point central peuvent à leur tour se confondre avec ce dernier, et par suite de cette marche successive donner lieu à des cavernes considérables.

Le caractère destructeur de l'inflammation qui préside à la fonte tuberculeuse, est une conséquence de la loi en vertu de laquelle tous les tissus accidentels, formés par des matériaux sans analogues dans l'organisme, se détruisent par l'inflammation. Dans le tubercule, de même que dans le cancer, on voit d'abord les produits liquides de la phlogose s'épancher, plus tard se condenser et finir enfin pour faire corps avec le tissu cellulaire de la partie. Les aréoles de ce tissu vivifient en quelque sorte les matières insolites qu'elles contiennent; mais, tout en participant à la vie, elles ne jouissent plus de toutes leurs conditions physiologiques. Étouffées, pour ainsi dire, par les produits qu'elles contiennent, elles ne sont plus aptes à subir les effets ordinaires de l'acte inflammatoire : lorsque celui-ci surgira, sa marche ne saura être fran-

che, et son terme obligé sera la destruction des tissus. Que si, au contraire, les tissus de nouvelle formation ne sont que des répétitions des tissus normaux de l'économie, ils éprouvent, sous l'influence de la phlogose, des effets absolument semblables à ceux que l'on remarque, en pareille circonstance, dans les mêmes tissus normaux. Cette autre loi d'anatomie pathologique explique pourquoi les granulations miliaires, demi-transparentes, etc., deviennent successivement fibro-cartilagineuses, cartilagineuses et enfin osseuses.

Les kystes, dans lesquels sont renfermés quelquefois les tubercules, ne se forment pas par un mécanisme différent de celui des abcès ordinaires. Nous avons vu qu'aux gouttelettes de pus disséminées dans les mailles du tissu cellulaire peuvent succéder des collections produites par le ramollissement et la rupture des cellules. Il se fait alors un refoulement, une condensation des parois qui circonscrivent la cavité unique, par suite de l'augmentation de la quantité de pus qu'elle contient. Bientôt les parois de cette cavité se tapissent d'un tissu floconneux, tomenteux, qui s'organisent en membrane, en kyste. Chez un sujet dont nous avons recueilli l'observation dans les sal-

les de M. Lallemand, le foie nous présenta, à l'autopsie, un tubercule du volume d'une noisette, ayant la consistance du plâtre gâché et renfermé dans un kyste, de la circonférence duquel partaient des prolongemens caudaux et sinueux remplis de la même matière. Après avoir enlevé celle-ci, on distinguait nettement le revêtement fibreux. Dans cette circonstance, il paraissait évident que les choses s'étaient passées de la manière suivante : le pus infiltré dans le tissu de l'organe, s'était déjà réuni en un foyer commun dans la partie centrale où avait commencé l'inflammation. Des petits abcès de date postérieure s'étaient développés en s'écartant successivement de ce point de départ. Or, il est venu un moment où l'inflammation s'est arrêtée · un kyste s'est trouvé formé à l'endroit où la réunion des petits foyers en un seul a eu le tems de s'effectuer, tandis que ceux qui s'étendaient plus au loin n'ont pu réaliser la même fusion avec leurs voisins, et ont gardé la disposition qu'ils avaient au moment où leur marche progressive vers les prolongemens adjacens a été brusquement interrompue.

En jetant les yeux sur les tubercules des autres tissus de l'économie, quels qu'ils soient,

on les voit suivre la même marche que celle qui vient d'être tracée. Détailler les observations d'anatomie pathologique qui prouvent la vérité de la théorie mentionnée, serait une tâche qui dépasserait les bornes d'un mémoire.

Contentons-nous d'examiner les tubercules sous-cutanés dont le développement et les progrès sont entièrement du ressort des sens. Tous les auteurs ont observé que les engorgemens scrophuleux des ganglions du cou, de l'aisselle, des aines, naissent sous l'influence d'une inflammation des parties qui leur sont voisines. Ainsi, dans l'enfance, à cet âge où s'exécute le travail des deux dentitions, nous voyons les sujets lymphatiques principalement avoir au cou des tumeurs ganglionnaires dont le développement a été presque toujours précédé et déterminé par la présence de teignes, de croûtes laiteuses, et autres inflammations des tégumens épicraniens. Depuis la puberté jusqu'à l'âge de cinquante ans, ce sont les ganglions de l'aine qui deviennent le siége fréquent d'engorgemens scrophuleux, et leur apparition reconnait, pour cause, des inflammations du scrotum, du prépuce, du périnée, des membres abdominaux, etc., ou bien en-

fin, se sont les ganglions de l'aisselle qui sont affectés de la même manière à la suite d'un panaris, etc. On voit d'après ce premier aperçu, que c'est presque toujours à l'inflammation que remonte évidemment l'origine première des tubercules qui se forment dans les ganglions sous-cutanés. Ces derniers se tuméfient, deviennent sensibles, surtout à la pression : d'autres fois, ils sont indolens et ne provoquent aucune réaction fébrile, ce qui leur a fait donner le nom de tumeurs froides. La marche sourde, chronique, de cette inflammation, bien différente de celle qu'on remarque dans le phlegmon, a fait nier son existence par les observateurs inattentifs. Après avoir été plus ou moins long-tems stationnaires, suivant la susceptibilité des sujets, les tumeurs scrophuleuses des ganglions deviennent le siége d'une nouvelle inflammation qui a les mêmes caractères de lenteur et de chronicité que celle qui a présidé à leur formation, et qui a pour résultat inévitable la fonte de la masse du pus concrété. Dans cette période de déliquescence que l'on a prise généralement pour point de départ de l'histoire des tubercules, sans tenir aucun compte de ce qui avait précédé, le tissu cellulaire, servant de gangue

à la matière tuberculeuse, ne jouit pas d'une assez grande vitalité pour résister à l'inflammation nouvelle, il périt dans cette épreuve et apparaît sous forme de lambeaux ou de mêches, lors de l'évacuation naturelle ou artificielle des produits de l'inflammation nouvelle et de l'inflammation ancienne. La démonstration de l'origine inflammatoire des tubercules se trouverait dans ce tableau seul, exposé tous les jours à nos yeux, si leur étude nécroscopique dans les autres tissus ne fournissait l'exhibition des mêmes phénomènes.

Le raisonnement nous oblige déjà à admettre que le liquide sécrété dans un point enflammé, et devenant plus tard de la matière tuberculeuse, ne peut être autre chose que du pus. Voyons maintenant si l'analyse chimique confirmera cette identité de nature entre les deux substances.

Le pus, récemment sorti d'un phlegmon, mis en contact avec de l'acide sulfurique, se dissout, et forme un liquide transparent, de couleur purpurine : en ajoutant de l'eau, on obtient un précipité qui présente tous les caractères du pus. Traité de nouveau par l'acide, il se comporte de la même manière que précédemment et se précipite par l'addition de l'eau :

les mêmes phénomènes s'observent successivement autant de fois qu'on veut les reproduire. Le même précipité, soumis plusieurs fois à l'ébullition, ne perdra aucun des caractères du pus. Seulement, à chaque ébullition, une portion du liquide viendra à se troubler : ce qui paraît dépendre de la décomposition de certains matériaux qui sont unis au pus. Celui-ci en effet ne forme pas un tout parfaitement homogène. Il est composé, d'après Schwilgué, d'albnmine à un état particulier, de matière extractive, d'une matière qui se rapproche beaucoup de l'adipocire, de soude, de muriate, de soude, de phosphate de chaux et d'autres sels. La nature de la matière extractive est encore mal connue : c'est, d'après la plupart des chimistes, un mélange d'albumine et de fibrine avec prédominance de la première.

Voici maintenant ce qui a été observé par MM. Lallemand et Bérard dans plusieurs analyses qu'ils ont faites de la matière tuberculeuse :

Malaxez de la matière tnberculeuse avec de l'eau, vous aurez un mélange trouble qui pressé dans un linge se sépare en deux parties distinctes : l'une, qui reste dans le nouet, s'y dessèche et a tous les caractères d'une ma-

tière animale offrant au microscope la trame aréolaire d'un tissu et contenant de la fibrine, de l'albumine; l'autre, qui se tamise à travers le linge, a toutes les apparences du pus : c'est un liquide visqueux, de couleur jaunâtre, laissant, après la décantation, un dépôt qui, traité par l'acide sulfurique se dissout en offrant une couleur cramoisie et se précipite par l'addition de l'eau. Le même dépôt, soumis aux épreuves de ce genre multipliées à volonté, donnera invariablement des résultats semblables, et subira en outre des ébullitions répétées sans perdre aucun de ses caractères : ce sera toujours du pus. M. le Pr Lallemand s'étant servi un jour, dans ces expériences chimiques, de tubercules qu'il avait tenus conservés pendant six ans dans de l'alcool concentré, s'avisa de mettre sous le nez le dépot purulent au moment où il l'exposait pour la cinquième ou sixième fois au contact de l'acide sulfurique, aprés un même nombre d'ébullitions. Il fut frappé de l'odeur douceâtre, nauséabonde, particulière au pus sortant d'un phlegmon, que développa dans cet instant l'action de l'acide.

La matière animale qui, d'après l'analyse de M. Thénard, entre pour 98 parties sur 100

dans la composition du tubercule n'est autre chose, d'après M. Lallemand, que la gangue où est déposé le pus concret, et celui-ci doit en être dépouillé, si on veut le mettre en contact immédiat avec les réactifs chimiques. C'est cette matière gélatino-albumineuse qui est la seule susceptible de se transformer en couenne, en fausse membrane et de former des adhérences. Or, si cette matière se trouve à l'état cloisonné, feutré, emprisonnant la matière tuberculeuse dans ses aréoles, on est en droit de conclure que le tubercule résulte de la condensation de ces deux matières hétérologues. Cette condensation se fait 1° par absorption de la matière aqueuse; 2° par influence nerveuse.

De tout ce qui précéde ressort évidemment l'origine inflammatoire du tubercule. Mais ce serait s'écarter étrangement de la vérité que de prétendre que l'inflammation produit le tubercule, abstraction faite des modes d'organisme. Cette étiologie incomplète serait défendue avec peine contr'une foule d'argumens qui lui ont été opposés avec un avantage qu'ils perdent tout-à-fait, si on les dirige contre l'étiologie exposée ici. C'est pour cela que j'ai eu déjà le soin de noter que le travail phlogis-

tique qui précède la tuberculisation emprunte ce qu'il y a de spécial dans sa marche, son intensité, ses terminaisons, aux tempéramens lymphatiques plus ou moins exagérés, innés ou acquis, des individus.

Ces deux ordres de causes ont une influence si manifeste sur le développement de la tuberculisation que certains auteurs leur ont attribué isolément assez d'efficacité pour y suffire. Il eut été plus conforme à l'observation de reconnaître la nécessité de leur action simultanée. Qu'apprend en effet l'observation, en prenant pour exemple la phthisie scrophuleuse ou tuberculeuse? De l'aveu de presque tous les praticiens, on voit d'une part, cette maladie se développer, dans l'immense majorité des cas, chez des individus qui présentent soit un tempérament lymphatique, soit une constitution scrophuleuse ou détériorée par l'action prolongée des causes débilitantes, soit enfin, des vices de conformation propres à gêner le développement et le jeu des organes respiratoires. Les cas exceptionnels deviennent de plus en plus rares par une étude plus approfondie des circonstances qui dérobent à l'appréciation de nos sens leur analogie d'origine avec la masse des autres. D'une autre part, en négligeant mê-

me d'insister sur les expériences de M. *Cruveilher* qui a obtenu à volonté la formation des tubercules dans les poumons au moyen d'inflammations artificielles provoquées dans ces organes, on ne peut nier combien est grand le nombre des individus chez lesquels ces formations accidentelles sont la conséqnence évidente de la bronchite, de la pneumonite, de la pleurésie.(M. Broussais. — *Phlegmasies chroniques.*) On n'a refusé d'admettre la préexistence de la phlogose que par rapport au très petit nombre de cas où la présence des tubercules ne s'est révélée par aucun symptôme d'irritation. Mais si l'on tient compte de la difficulté qu'on éprouve dans les hôpitaux pour obtenir des récits complets et véridiques de ce qui s'est passé pendant les années précédentes, si l'on réfléchit aussi au grand nombre de modes et de degrés de lésions organiques dont l'existence, silencieuse pendant la vie, n'est reconnue qu'à l'autopsie, on sera porté à faire rentrer ces cas en apparence insolites dans la classe commune.

En résumé, le tubercule doit être considéré comme le produit d'une phlegmasie suppurée qui, par cela même qu'elle a lieu chez des individus faibles, a trop peu d'intensité pour

occuper une étendue considérable d'organe et pour se terminer par résolution.

Il est facile de voir, d'après ce qui a été dit, qu'en admettant l'inflammation comme point de départ des tubercules, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire, afin d'expliquer la spécialité de son caractère, d'en séquestrer le siége dans un ordre particulier de vaisseaux. Cette hypothèse d'un médecin célèbre n'a été faite que d'après les observations fournies par les ganglions lymphatiques tuberculeux, et c'est seulement par analogie qu'on a attribué à l'inflammation des capillaires blancs les tubercules qui se développaient dans des parties où n'existaient pas des ganglions lymphatiques. Dans un cas de pleurésie suppurée, comment se rendre compte de la formation de la matière tuberculeuse dans un tissu cellulaire accidentel, formé de toutes pièces, au milieu de la sérosité renfermée dans le sac séreux, si l'on adopte la théorie de l'inflammation des vaisseaux blancs ? Ce fait qui se présente assez souvent et dont on trouve quelquefois des analogues dans les péritonites, est inexplicable avec la doctrine dont je viens de parler, et présente la même obscurité avec celle qui admet dans le tissu cellulaire des *germes*, déposés par une

puissance occulte au milieu des parties, et devant irrévocablement donner naissance aux tubercules, abstraction faite de l'organisme. Où est, en effet, dans les cas que nous venons de supposer, le tissu cellulaire normal contenant des germes primitifs ? D'une application bien plus générale, la théorie que nous exposons embrasse tous les faits et permet de concevoir comment de la matière tuberculeuse a pu se développer dans un tissu accidentel. Sous l'influence d'une pleurite ou d'une péritonite, il s'est fait une exhalation de matière gélatino-albumineuse qui s'est transformée successivement en fausse membrane, en tissu cellulaire. Par suite du progrès de la même phlogose, l'exhalation purulente a succédé à la précédente. Ainsi, dans l'observation n° 4, où nous avons à la fois dans la cavité de la poitrine des adhérences et du tubercule, est-il possible d'admettre l'existence de deux maladies différentes ? Il est évident au contraire qu'il s'agit d'un seul état morbide qui a produit suivant ses degrés deux sortes de matériaux : un tissu cellulaire accidentel et un épanchement de matière purulente qui a acquis la consistance tuberculeuse, le premier circonscrivant le second. Ajoutons que la matière tuberculeuse

trouvée, dans le cas dont il est question, a fourni à l'analyse chimique les mêmes caractères que ceux déja exposés.

FIN.

De l'Imprimerie de Me Ve AVIGNON, rue Arc-d'Arènes, 1.

LIBRAIRIE MÉDICALE
DE L. CASTEL.

LORDAT. — Leçons de Physiologie. — De la perpétuité de la médecine, ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science depuis son établissement jusqu'à ce jour; Montpellier 1837, 1 vol. in-8° *Fig*..... 5 fr.

KÜHNHOLTZ (H.). — Cours d'Histoire de la Médecine et de Bibliographie médicale, fait en 1836, dans la faculté de médecine de Montpellier, avec l'autorisation de M. le Ministre de l'Instruction Publique; suivi du *Discours d'ouverture* du Cours de 1837, sur les *Avantages de l'Histoire de la Médecine*, 1 vol. in-8°..... 6 fr.

FRANC (J.). — De l'emploi du tartre stibié à hautes doses, contre les lésions traumatiques, ou choix d'observations sur ce sujet, recueillies à l'hôtel-Dieu-St-Éloi (2e Édition); Montpellier 1834, br. in-8°..... 1 fr. 50 c.

SERRE. — Mémoire sur l'efficacité des injections avec le nitrate d'argent cristallisé, dans le traitement des écoulemens anciens et récens de l'urètre; Montpellier 1836, brochure in-8°..... 2 fr.

SERRE. — Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent, dans le traitement des maladies Vénériennes; Montpellier 1836, br. in-8°..... 2 fr. 50 c.

SERRE (A. H.). — Nouveau traitement spécial et abortif de l'inflammation de la peau du tissu cellulaire, des veines, des vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques, etc.; Montpellier 1834, in-8°..... 4 fr.